

149



First Session  
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la  
trente-huitième législature, 2004-2005

## SENATE OF CANADA

## SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Social Affairs, Science and Technology

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*

The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président :*

L'honorable MICHAEL KIRBY

Tuesday, June 7, 2005

Le mardi 7 juin 2005

Issue No. 19

Fascicule n° 19

**Twenty-seventh and twenty-eighth meetings on:**  
Mental health and mental illness

**Vingt-septième et vingt-huitième réunions concernant :**  
La santé mentale et la maladie mentale

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.	Gill
(or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

\*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président* : L'honorable Michael Kirby

*Vice-président* : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P.	Gill
(ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

\* Membres d'office

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

VANCOUVER, Tuesday, June 7, 2005  
(35)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:00 a.m., this day, in the Mackenzie 2 room of the Fairmont Waterfront in Vancouver, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Gill, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (7).

*In attendance:* From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

**WITNESSES:**

*Mood Disorders Association of British Columbia:*

Rennie Hoffman, Executive Director.

*Families for Early Autism Treatment:*

Dr. Sabrina Freeman, Executive Director.

*Providence Health Care:*

Dr. Kristin Sivertz, Physician Director, Mental Health Program and Head of the Department of Psychiatry;

Dr. Alan Burgmann, Clinical Assistant Professor, Psychiatry, University of Columbia.

*Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of British Columbia:*

Ian Ross, Executive Director.

*Office of the Correctional Investigator Canada:*

Howard Sapers, Correctional Investigator of Canada;

Nathalie Neault, Director of Investigations.

Rennie Hoffman, Sabrina Freeman, Ian Ross, Alan Burgmann and Kristin Sivertz each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 10:49 a.m. the committee suspended its sitting.

At 11:01 a.m. the committee resumed its sitting.

Howard Sapers made a statement. Together with Nathalie Neault the witnesses answered questions.

**PROCÈS-VERBAUX**

VANCOUVER, le mardi 7 juin 2005  
(35)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h dans la salle Mackenzie 2 de l'hôtel Fairmont Waterfront de Vancouver, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Gill, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (7).

*Sont présents :* De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des affaires politiques et sociales et Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

*Sont également présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le Comité poursuit l'examen du système de santé du Canada, en particulier les questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du 20 octobre 2004.)

**TÉMOINS :**

*Mood Disorders Association of British Columbia :*

Rennie Hoffman, directeur administratif.

*Families for Early Autism Treatment :*

Mme Sabrina Freeman, directrice administrative.

*Providence Health Care :*

La docteure Kristin Sivertz, médecin directeur du programme de santé mentale et chef du département de psychiatrie;

Le docteur Alan Burgmann, professeur adjoint d'enseignement clinique, psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique.

*Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of British Columbia :*

Ian Ross, directeur administratif.

*Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada :*

Howard Sapers, enquêteur correctionnel du Canada;

Nathalie Neault, directrice des enquêtes.

Rennie Hoffman, Sabrina Freeman, Ian Ross, Alan Burgmann et Kristin Sivertz font chacun une déclaration, puis ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 10 h 49, la séance est suspendue.

À 11 h 1, la séance reprend.

Howard Sapers fait une déclaration puis, avec Nathalie Neault, les témoins répondent aux questions.



At 12:16 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

VANCOUVER, Tuesday, June 7, 2005  
(36)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:01 p.m., this day, in the Mackenzie 2 room of the Fairmont Waterfront in Vancouver, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Gill, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (7).

*In attendance:* From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (*See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

*Schizophrenia Digest:*

William MacPhee, Founder and Publisher.

*As individuals:*

Rafe Mair, Journalist;

Svend Robinson, Former Member of Parliament.

Svend Robinson, Rafe Mair and William MacPhee each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 2:15 p.m. the committee suspended its sitting.

At 2:20 p.m. the committee resumed its sitting.

*Walk-ons:*

*BC Alliance for Accountable Mental Health and Addictions Services:*

John Russell, Chair.

*Vancouver Island Health Authority:*

Dr. Robert Miller, Chief of Psychiatry, Medical Program Director.

À 12 h 16, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

VANCOUVER, le mardi 7 juin 2005  
(36)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 1 h dans la salle Mackenzie 2 de l'hôtel Fairmont Waterfront de Vancouver, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Gill, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (7).

*Sont présents :* De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des affaires politiques et sociales et Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

*Sont également présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le Comité poursuit l'examen du système de santé du Canada, en particulier les questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

*Schizophrenia Digest :*

William MacPhee, fondateur et éditeur.

*À titre personnel :*

Rafe Mair, journaliste;

Svend Robinson, ancien député.

Svend Robinson, Rafe Mair et William MacPhee font chacun une déclaration, puis ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 14 h 15, la séance est suspendue.

À 14 h 20, la séance reprend.

*Tribune ouverte :*

*BC Alliance for Accountable Mental Health and Addictions Services :*

John Russell, président

*Vancouver Island Health Authority :*

Le docteur Robert Miller, chef du service de psychiatrie, directeur des programmes médicaux.



John Russell and Dr, Robert Miller appeared as walk-ons and each made a statement and answered questions.

At 2:45 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

John Russell et le Dr Robert Miller comparaissent en tribune ouverte. Ils font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 14 h 45, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

*La greffière du comité*

Josée Thérien

*Clerk of the Committee*



## EVIDENCE

VANCOUVER, Tuesday, June 7, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, we have with us today on our first panel Rennie Hoffman, who is a board member and treasurer of the Mood Disorders Association of British Columbia, Dr. Sabrina Freeman, who is the executive director of Families for Early Autism Treatment, Ian Ross, who is the executive director of the Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of British Columbia, Dr. Allan Burgmann, who is a professor of psychiatry at UBC, and Dr. Kristin Sivertz, who is the director of the mental health program and head of psychiatry at Providence Health Care's St. Paul's Hospital.

Mr. Hoffman, please proceed with your opening statement.

**Mr. Rennie Hoffman, Executive Director, Mood Disorders Association of British Columbia:** Thank you, Mr. Chairman.

Honourable senators, to paraphrase an old movie line, "It is a strange destiny that brings me to this place and time," I am not of the world of mental illness. For nearly 29 years I worked as a police officer with the Vancouver Police Department. My world was simple. Then, all I had to do was protect the public, maintain the peace and enforce a few hundred relevant statutes. The majority of my service took place in the Downtown Eastside of Vancouver, the most troublesome area in terms of violence, drug use and human despair. I patrolled there before, during and after deinstitutionalization of the mentally ill. Today, as executive director of the Mood Disorders Association of British Columbia, my world is more complicated.

Mood Disorders Association of British Columbia is a 23-year-old organization that was started and grew for the purpose of providing self-help support groups and education for consumers and their families and friends. It was a consumer-run and -directed organization. Last year, 15,000 to 20,000 people met in our groups. We are represented in all areas of the province and have had as many as 62 groups operating at one time. We are the largest provider of consumer self-help support in the province. We have a Cantonese group, an Aboriginal group and are laying the foundation for groups to begin in both the Punjabi and Hindi languages. Changes in funding structure have allowed us to

## TÉMOIGNAGES

VANCOUVER, le mardi 7 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Sénateurs, nous avons parmi nous aujourd'hui, pour notre premier panel, Rennie Hoffman, membre du Conseil d'administration et trésorier de la Mood Disorders Association of British Columbia, Mme Sabrina Freeman, directrice administrative de Families for Early Autism Treatment, M. Ian Ross, directeur administratif du Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of British Columbia, le Dr Allan Burgmann, professeur de psychiatrie à UBC, et la Dre Kristin Sivertz, directrice du programme de santé mentale et chef du département de psychiatrie à l'Hôpital St. Paul de Providence Health Care.

Monsieur Hoffman, veuillez, je vous prie, nous faire votre déclaration liminaire.

**M. Rennie Hoffman, directeur administratif, Mood Disorders Association of British Columbia :** Merci, monsieur le président.

Honorables sénateurs, pour paraphraser une vieille réplique de cinéma, « C'est un étrange destin qui m'amène ici maintenant en ce lieu », car je ne viens pas du monde de la maladie mentale. J'ai, pendant près de 29 ans, travaillé comme agent de police au service de police de Vancouver. Mon monde était simple. Je n'avais à l'époque qu'à protéger le public, maintenir la paix et appliquer quelques centaines de textes de loi pertinents. J'ai passé le gros de mon temps de service dans le quartier Downtown Eastside au cœur de Vancouver, le quartier qui connaît le plus de problèmes de violence, de toxicomanie et de désespoir humain. J'ai patrouillé ce quartier avant, pendant et après la désinstitutionalisation des personnes atteintes de maladies mentales. Aujourd'hui, maintenant que je suis directeur administratif de la Mood Disorders Association of British Columbia, mon monde est plus compliqué.

La Mood Disorders Association of British Columbia est une organisation vieille de 23 ans qui est née et s'est développée dans le but d'offrir des groupes d'auto-assistance et des services d'autothérapie aux consommateurs et à leurs familles et amis. Il s'agit d'une organisation dirigée par et pour les consommateurs. L'an dernier, 15 000 à 20 000 personnes se sont rencontrées dans le cadre de nos groupes. Nous sommes représentés dans toutes les régions de la province et pouvons compter jusqu'à 62 groupes travaillant en même temps. Nous sommes le plus gros fournisseur de soutien d'auto-assistance aux consommateurs dans toute la province. Nous avons un groupe cantonais, un groupe autochtone



expand to the youth market, with a new Moving Beyond program. Those same changes nearly caused the death of this organization.

The committee has recognized the common thread of peer support groups as valuable and their need has often been mentioned by contributors. NGOs like MDABC are a valuable part of the primary health care system and need to be recognized as such. It is vital that such continuing programs be included in the continuum of care for the mentally ill and that they not be devalued or extinguished because they cannot produce data that proves dollars saved. An agency that helps people avoid hospitalization or the need for consultation with a doctor or emergency room access provides value, perhaps more value than any reactive measures, at least in part because of the monies saved at the front end.

When I was walking the beat in the skid row area, it never occurred to me that there was any common excuse for the rampant drug use I saw every day. However, in the late seventies and early eighties no one had ever heard of co-morbidity. It is estimated that 50 per cent of illegal drug use is directly related to mental illness. I think that is a low estimate. Regardless, if the federal government is going to maintain the authority for the control of illicit drugs, they must also assume some responsibility for the damage done by the use of those substances. Enforcement of Criminal Code offences cannot be their only responsibility.

Many times in my former career, I arrested addicts and those who cared for them would ask that they be forced to take treatment by the court. Mental illness and addictions, while we speak of them in terms that indicate that a cooperative approach to treatment is possible, resist simultaneous attempts at control. A federally administered, national program for substance-abuse recovery could enable assessment of the relationship between mental illness and drug use and dependency. Such a coordinated federal program could provide a consistent venue for referral to a recovery program by federal court judges as well as an insiders' look at how causative mental illness really is to drug abuse.

I have submitted a brief with suggestions in other areas including those specific to policing and mental illness, but I must address the issue of stigma. Can we please eliminate the use of that word when discussing the problems surrounding life with mental illness? The situations that arise surrounding reaction to, behaviour toward and treatment of people with mental illness, both within and outside the health care system, are borne of ignorance, intolerance and fear. These are the same conditions that were identified and confronted by the black population of the United States in the last generation and by that same group of

et nous sommes en train de jeter les bases pour la création de groupes qui fonctionneraient en punjabi et en hindi. Des changements dans notre structure de financement nous ont permis d'élargir notre rayonnement pour englober le marché des jeunes avec un nouveau programme, Moving Beyond. Ces mêmes changements ont presque sonné le glas de l'organisation.

Le comité a reconnu l'importance des groupes de soutien de pairs et ce besoin a souvent été mentionné par les contributeurs. Les ONG comme MDABC sont un important élément du système de soins de santé primaires et doivent être reconnues en tant que tel. Il est essentiel que de tels programmes permanents soient inclus dans le continuum de soins pour les personnes atteintes de maladies mentales et qu'ils ne soient pas dévalorisés ou éliminés du fait de ne pas pouvoir produire des données prouvant que x dollars ont été économisés. Une agence qui aide les gens à éviter l'hospitalisation ou la nécessité de consulter un médecin ou une salle d'urgence offre de la valeur, peut-être plus de valeur que toute mesure réactive, au moins en partie du fait de l'argent économisé au point de départ.

Lorsque je faisais mes rondes dans ce quartier mal famé, il ne m'était jamais venu à l'idée qu'il y avait une excuse commune pour la consommation de drogues incontrôlée que je constatais tous les jours. Cependant, à la fin des années 70 et au début des années 80, personne n'avait jamais entendu parler de co-morbidity. Selon les estimations, 50 p. 100 de la consommation de drogues illicites est directement liée à la maladie mentale. Je pense pour ma part que c'est là une sous-estimation. Quoi qu'il en soit, si le gouvernement fédéral veut maintenir son pouvoir quant au contrôle des drogues illicites, il lui faut également assumer une certaine responsabilité pour les dommages infligés par l'utilisation de ces substances. La poursuite d'infractions au Code criminel ne peut pas être sa seule responsabilité.

Il m'est souvent arrivé dans le cadre de mon ancienne carrière d'arrêter des drogués, et ceux qui s'en occupaient demandaient qu'ils soient obligés par la Cour de suivre un traitement. La maladie mentale et la toxicomanie, bien que nous en parlions en des termes qui indiqueraient qu'une approche coopérative en matière de traitement est possible, résistent aux tentatives de contrôle simultané. Un programme national de désintoxication à administration fédérale permettrait d'établir le lien entre la maladie mentale et l'utilisation et la dépendance de drogues. Un tel programme fédéral coordonné offrirait un mécanisme de renvoi à un programme de rétablissement par les juges de la Cour fédérale ainsi qu'une vision de l'intérieur de la relation causale qui lie ensemble maladie mentale et abus de drogues.

Je vous ai soumis un mémoire comportant des suggestions dans d'autres domaines, dont certains qui se rattachent spécifiquement aux services de police et à la maladie mentale, mais il me faut traiter de la question du stigmate. Pourrait-on, je vous en prie, éliminer l'utilisation de ce terme lorsque nous discutons des problèmes entourant la vie avec la maladie mentale? Les situations découlant des réactions et des comportements envers les personnes atteintes de maladies mentales et les soins qui leur sont accordés et à l'intérieur et à l'extérieur du système de soins de santé sont le fait d'ignorance, d'intolérance et de peur. Ce sont ces



people in South Africa and the gay population in this generation. In those situations, the conditions were named prejudice and discrimination. They are no different.

Mental illness is lagging far behind in terms of our ability to treat it. The new UBC Hospital Mood Disorders Clinic and research centre as well as other research organizations offer much hope, and our organization looks forward to cooperating with them towards their ultimate success. However, their goals are, optimistically, long term. In the meantime, our current fragmented system is not working very well. I believe in the adage "Fix the problem, don't fix the blame." There is a need for a federal mandate to address a situation that is beyond provincial capacity and for federal leadership and co-ordination. The separation of responsibilities, originally described in the British North America Act, did not include responsibility for mental illness. In those times, there was no concept of the depth of this problem.

Your reports mention unknown or shadow mental illness connections in the families or friends of the members of this committee. When I began my connection with MDABC, I thought mental illness had no hold on my world. Since that day, I have discovered that my half siblings are all affected by depression. The son of my half-sister died by suicide last month. I have a bipolar brother-in-law and a sister-in-law who is depressive. I cannot remember the last conversation I had with a friend that did not include a revelation about the illness of someone close to them. My daughter-in-law is depressive and she is expecting my second grandchild. I know the odds.

As a police officer, I saw the effects of mental illness in many of the interactions I had over 29 years. As a member of Mood Disorders Association, I see now that mental illness may have been connected to nearly everything I did. As a grandfather-in-waiting, I am aware that, unless significant changes are made to address these serious situations, my descendants are in peril. I know about peril. Sometimes you cannot anticipate it. Sometimes it can be eliminated or overcome. We must affect the course of mental illness in this country. I have a special interest in doing so.

MDABC and I thank you for your special interest and for this opportunity.

**The Chairman:** Thank you very much.

We will next hear from Ms. Freeman.

**Dr. Sabrina Freeman, Executive Director, Families for Early Autism Treatment:** Good morning, honourable senators.

mêmes conditions qui ont été identifiées et vécues par la population noire des États-Unis au cours de la dernière génération et par ce même groupe de personnes en Afrique du Sud, et par la population gaie dans notre génération. Dans ces situations, ces conditions étaient appelées préjugés et discrimination. Ce n'est pas différent dans le contexte de ce qui nous occupe ici.

Les maladies mentales sont en avance sur notre capacité de les traiter. Les nouveaux UBC Hospital Mood Disorders Clinic et centre de recherche, ainsi que d'autres organismes de recherche, offrent beaucoup d'espoir, et notre organisation envisage avec plaisir de collaborer avec eux en vue de leur réussite. Cependant, leurs objectifs sont, même chez les plus optimistes, à long terme. En attendant, notre actuel système fragmenté ne fonctionne pas très bien. Je crois en cet adage qui recommande de « réparer le problème, mais ne réparer pas la responsabilité ». Il importe qu'il y ait un mandat fédéral pour traiter d'une situation qui dépasse la capacité provinciale et qu'il y ait leadership et coordination fédéraux. La séparation des pouvoirs, décrite à l'origine dans l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, n'a pas inclus la responsabilité à l'égard des maladies mentales. À cette époque, l'on ignorait l'envergure du problème.

Vos rapports font état de maladies mentales inconnues ou fantômes chez des parents ou amis de membres du comité ici réuni. Lorsque j'ai commencé à travailler avec la MDABC, je pensais que la maladie mentale n'avait aucune prise sur mon monde. Depuis, j'ai découvert que la moitié de mes frères et sœurs sont touchés par la dépression. Le fils de ma demi-sœur s'est suicidé le mois dernier. J'ai un beau-frère bipolaire et une belle-sœur dépressive. Je ne sais plus quand je me suis pour la dernière fois entretenu avec un ami sans qu'il y soit faite une révélation au sujet d'un proche souffrant de maladie mentale. Ma belle-fille est dépressive et elle attend mon deuxième petit-enfant. Je connais le risque.

En tant que policier, j'ai constaté les effets de la maladie mentale dans nombre des interactions que j'ai eues au cours de mes 29 années de carrière. En tant que membre de la Mood Disorders Association, je vois maintenant que la maladie mentale était peut-être liée à presque tout ce que je faisais. En tant que grand-père en attente, je sais qu'à moins que d'importants changements ne soient apportés face à ces graves situations, mes descendants seront en péril. Je connais les risques et périls. Parfois, l'on ne peut pas les prévoir. Parfois on peut les éliminer ou les surmonter. Il nous faut changer le cours de la maladie mentale dans ce pays. J'y ai un intérêt tout particulier.

La MDABC et moi-même vous remercions de l'intérêt particulier que vous portez à ce dossier et de l'occasion qui m'a été ici donnée de prendre la parole devant vous.

**Le président :** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre Mme Freeman.

**Mme Sabrina Freeman, directrice administrative, Families for Early Autism Treatment :** Bonjour, honorables sénateurs.



I am a sociologist by training and a long-time disability advocate by necessity. I am also the parent who spearheaded the landmark *Auton* disability rights court challenge to the B.C. government that won at the B.C. Superior Court and at the B.C. Court of Appeal but went down to defeat at the Supreme Court of Canada last November, effectively gutting the Charter of Rights and Freedoms and setting back disability rights immeasurably.

I understand that you heard a presentation on autism treatment neglect in Canada from my colleague in Ontario, Nora Whitney, who is the executive director of Families for Early Autism Treatment in Ontario. Hence, I will not revisit the points she made. However, it needs to be said that I wholeheartedly agree with her assessment of the situation, the nature of the treatment crisis and the necessary path to its resolution.

I am not here today to sugar-coat the situation of children with autism in Canada. This is not going to be another bland politically correct version of the autism situation in Canada where everyone goes home feeling good about how we are working together to make things better and how Canada is the greatest Canada in the world to live in and are we not all lucky to be Canadian. No. I am here to deliver only the blunt truth because I am outraged.

We live in a country where there is one group of children who are 100 per cent excluded from our health care system. This group is the children afflicted with the debilitating neurological disorder of autism. There is no medicare for them and Ottawa could not care less. The so-called universal health care system is a sham. A doctor tells a devastated mother of a child newly diagnosed with autism that medicare has nothing for the child. There is not even a category called "autism treatment." The provinces could care less. I am outraged beyond words, because every provincial government colludes to keep these children out of the health care system for their core health need, which is intensive behavioural treatment based on the decades of research done by Dr. Ivar Lovaas and colleagues in the field of applied behaviour analysis — treatment considered best practice in New York State by the New York State Department of Health and the U.S. Surgeon General.

I am outraged because when the B.C. Superior Court and the Court of Appeal saw the true discrimination in our nation's so-called universal health care system and the systemic breach of the Charter of Rights and Freedoms for children with autism, their rulings were appealed to the Supreme Court of Canada. Almost every provincial attorney general across the country, including the federal attorney general, intervened against these

Je suis sociologue de formation et depuis longtemps défenderesse des droits des personnes handicapées, ce par nécessité. Je suis également le parent qui a été le fer de lance de la cause-clé *Auton* de défense des droits des personnes handicapées contre le gouvernement de la Colombie-Britannique, qui a été gagnée à la Cour supérieure de la Colombie-Britannique ainsi qu'à la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, mais qui a été rejetée en novembre dernier par la Cour suprême du Canada, ce qui a eu pour résultat d'évider la Charte des droits et libertés et de faire reculer incommensurablement les droits des personnes handicapées.

D'après ce que j'ai compris, vous avez entendu un exposé sur la négligence en matière de traitement de l'autisme au Canada fait par ma collègue en Ontario, Nora Whitney, qui est directrice administrative des Families for Early Autism Treatment en Ontario. Je ne vais donc pas revenir sur les aspects dont elle a traité. Il importe néanmoins de dire que j'adhère de tout cœur à son évaluation de la situation, de la nature de la crise de traitement et de la voie à suivre en vue de son règlement.

Je ne suis pas ici aujourd'hui pour embellir la situation des enfants atteints d'autisme au Canada. Ceci ne va pas être encore une autre version insipide et politiquement correcte de la situation de l'autisme au Canada, après quoi chacun rentrera à la maison en se sentant bien à l'idée que nous travaillons tous ensemble pour améliorer les choses au Canada et que le Canada est le plus beau pays du monde où vivre et que nous avons tous tellement de chance d'être Canadiens. Non. Je suis ici pour ne vous livrer que la dure réalité, car je suis hors de moi.

Nous vivons dans un pays dans lequel il y a un groupe d'enfants qui sont exclus à 100 p. 100 de notre système de soins de santé. Ce groupe est celui des enfants affligés par ce désordre neurologique débilisant qu'est l'autisme. Il n'y a aucune assurance-maladie pour eux et cela est complètement égal à Ottawa. Le prétendu système de soins de santé universel n'est qu'une imposture. Un médecin dit à la mère catastrophée d'un enfant chez qui l'on vient de diagnostiquer l'autisme que l'assurance-maladie n'a rien à offrir à l'enfant. Il n'y a même pas de catégorie « traitement de l'autisme ». Les provinces s'en lavent les mains. Je suis si indignée que je ne trouve même pas les mots pour exprimer ma rage, car tous les gouvernements provinciaux sont complices pour garder ces enfants à l'écart du système de soins de santé pour leurs besoins de santé impérieux, soit un traitement comportemental intensif fondé sur des décennies de recherche par le Dr Ivar Lovaas et ses collègues dans le domaine de l'analyse appliquée du comportement — il s'agit d'un traitement qui est considéré comme le modèle à suivre dans l'État de New York par le New York State Department of Health et le directeur des services de santé publique des États-Unis.

Je suis hors de moi car lorsque la Cour supérieure et la Cour d'appel de la Colombie-Britannique ont vu la vraie discrimination à l'intérieur du système de soins de santé prétendument universel de la nation et la violation systémique de la Charte des droits et libertés dans le cas des enfants autistiques, il en a été appelé de leur décision auprès de la Cour suprême du Canada. Presque tous les procureurs généraux provinciaux du pays, et même le



children's right to medicare for their core health need. I am particularly outraged that Irwin Cotler, self-styled champion of human rights, proved to be a supreme hypocrite by intervening against children with autism at the Supreme Court of Canada to extinguish their equality rights.

I am convinced that federal intervention in the court resulted in the loss of the *Auton* case, which gutted the rights of children with autism and the disabled in general. These children have very powerful enemies amassed against them.

On November 19, 2004, when the government won the *Auton* case against these disabled children, Trudeau's vision of a just society died. Section 15(1) of the Charter of Rights and Freedoms is not worth the paper it is written on for any disabled person, particularly children with autism and the mentally disabled.

The health policy technocrats and the bureaucrats will tell you that this is not about the children but, rather, that it is about stopping the courts from bankrupting our health care system; however, I am here to tell you that they are wrong. It is absolutely about children with autism and the fact that they are compared to children of a lesser God and have been relegated to the ministries of poverty and child protection in each and every province.

Systemic discrimination, the very way policy-makers think about the nature of physical versus mental disease, is the reason a social worker is illogically the contact point between government and the child afflicted with autism. Systemic discrimination is why government policy excludes this whole class of children from the health care system for their core health needs across the country. It is systemic discrimination that permitted every provincial jurisdiction and the federal government to send in their best lawyers to defeat the *Auton* case at the Supreme Court of Canada, to see that this travesty of justice remains in place.

The Supreme Court of Canada rules that government can pick and choose which treatments to cover and which not to cover, completely ignoring the fact that to deny the only effective treatment for autism is to exclude the child from medicare entirely. This is the key point that was missed by the government in Ottawa. It is not about comprehensiveness, it is about the principle of universality. Where autism treatment is concerned, the whole notion of universality in our health care system is a fraudulent promise.

So now, after the Supreme Court of Canada loss, it is open season on children with autism. Governments across the country are forcing parents of children with autism to privately fund their child's treatment until such time as parents have to sell their homes and eventually go bankrupt. Yes, the universe is unfolding as it should for Canada's policy-makers, where the mentally ill are excluded from medicare, relegated to poverty, and their families

procureur général fédéral, sont intervenus contre le droit de ces enfants à l'assurance-maladie pour leurs besoins de santé impérieux. Je suis tout particulièrement enragée qu'Irwin Cotler, le pseudo champion des droits de la personne, se soit avéré être un hypocrite de grande volée en intervenant contre les enfants autistiques devant la Cour suprême du Canada pour éteindre leurs droits à l'égalité.

Je suis convaincue que l'intervention fédérale à la Cour a résulté en l'échec de l'affaire *Auton*, ce qui a éviscé les droits des enfants autistiques et des personnes handicapées en général. Ces enfants ont de très puissants ennemis qui sont ligüés contre eux.

Le 19 novembre 2004, lorsque le gouvernement a remporté l'affaire *Auton* contre ces enfants handicapés, la vision de la société juste de Trudeau est morte. Le paragraphe 15(1) de la Charte des droits et libertés ne vaut pas le papier sur lequel il est écrit pour les personnes handicapées, et tout particulièrement pour les enfants autistiques et les personnes souffrant de troubles mentaux.

Les technocrates de la politique de santé et les bureaucrates vous diront qu'il n'est pas ici question d'enfants mais plutôt d'empêcher les tribunaux de plonger dans la faillite notre système de soins de santé. Mais je suis ici pour vous dire qu'ils ont tort. La question est tout à fait celle des enfants autistiques et du fait qu'on les compare à des enfants d'un moindre Dieu et qu'ils aient été relégués au ministère de la pauvreté et de la protection de l'enfance dans toutes les provinces.

La discrimination systémique, la façon même dont les décideurs des politiques conçoivent la nature des maladies physiques par opposition aux maladies mentales, est la raison même pour laquelle le travailleur social est illogiquement le point de contact entre le gouvernement et l'enfant affligé d'autisme. C'est à cause de la discrimination systémique que la politique gouvernementale exclut toute cette catégorie d'enfants du système de soins de santé pour leurs besoins essentiels en matière de santé, et ce partout au pays. C'est cette discrimination systémique qui a permis à chaque gouvernement provincial et au gouvernement fédéral d'envoyer leurs meilleurs avocats contrer l'affaire *Auton* à la Cour suprême du Canada, pour veiller à ce que cette travestie de la justice demeure en place.

La Cour suprême du Canada dit que le gouvernement peut choisir quels traitements couvrir et lesquels ne pas couvrir, ignorant totalement le fait que refuser le seul traitement efficace pour l'autisme revient à exclure complètement l'enfant de l'assurance-maladie. C'est là l'élément essentiel qui a échappé au gouvernement à Ottawa. Il n'est ici pas question d'exhaustivité, mais du principe de l'universalité. En matière de traitement de l'autisme, toute la notion d'universalité dans notre régime de soins de santé est une promesse frauduleuse.

Et aujourd'hui, suite à cet échec devant la Cour suprême du Canada, la chasse est ouverte à l'égard de tous les enfants autistiques. Les gouvernements de partout au pays obligent les parents d'enfants autistiques à financer eux-mêmes le traitement de leur enfant jusqu'à devoir vendre leur maison et à être acculés à la faillite. Oui, l'univers se déroule comme il le devrait pour les décideurs canadiens, où les personnes atteintes de maladies



are following closely, soon to arrive at the same fate. Too bad, so sad is the message we painfully hear loud and clear. Just because you have a disabled child does not mean, we, the governments across Canada, have any obligation to provide the medically necessary treatment your child needs. Nevertheless, there are 63 licensed psychiatrists in British Columbia alone who have told government what treatment children with autism require for their core health, only to be consistently ignored until the court stepped in.

Here is the bottom line: If we are taxed like the nanny state, then the nanny most certainly better show up. If we are taxed to death because of our vaunted health care system, then we need a medicare system that includes everyone, not just the physically ill. But, no, in this country, the government taxes us like socialists but has the compassion of capitalists, with its power elite chronically infected with Rideau Canal disease whilst passing the croissants and gateaux, thinking to themselves that all is well across the land in what they imagine is the greatest country in the world. There is a term for this behaviour — it is called rank hypocrisy.

So what are the solutions? There are obvious solutions to this problem. We have the wallet — because the fiscally responsible thing to do is to fund medically necessary treatment for children with autism. Numerous cost-benefit analyses have already showed that funding this treatment will save considerable government dollars as compared to the massive costs of lifelong institutionalization. However, we do not have the will as a nation to seriously address this shameful breach of the social contract.

Now, as senators, you have the power of moral persuasion and the ability to get this on the government agenda. Nevertheless, I must say, in all candour, that I am not hopeful that you will be able to fix this problem because its roots are just too deep and systemic. The minute you begin the work, should you decide to take on the necessary fight to right this horrible wrong, you will be stonewalled every step of the way. The health policy technocrats of the Canadian Institutes of Health Research and the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment in Ottawa will serve up their junk science to you. The health bureaucrats in Ottawa will give their professional opinion as to how the autism treatment found by two B.C. superior courts to be medically necessary is all wrong, that it is experimental. They will tell you it will ruin the country and will somehow bankrupt the health care system.

As part of my submission, I have provided you a book that I authored about the discredited made-for-court policy research that stands in the way of universal autism treatment. You should

mentales sont exclues des soins de santé, relégués à la pauvreté, leurs familles les y suivant de très près, vouées qu'elles sont au même sort. Quel dommage, que c'est triste, est le message que nous entendons douloureusement haut et fort. Ce n'est pas parce que vous avez un enfant handicapé que nous autres, les pouvoirs publics de tout le pays, avons la moindre obligation de fournir les traitements médicalement nécessaires dont votre enfant a besoin. Il y a cependant 63 psychiatres autorisés dans la seule province de la Colombie-Britannique qui ont dit au gouvernement de quel traitement les enfants autistiques ont besoin pour leur santé de base, tout cela pour être systématiquement ignorés jusqu'à ce qu'intervienne la cour.

Voici l'essentiel : si nous sommes imposés comme dans une nounoucratie, alors il serait temps que la nounou se présente. Si nous allons être imposés à mort à cause de notre beau système de santé dont on se vante tant, alors il nous faudrait un système de soins de santé qui inclue tout le monde, et pas seulement ceux qui souffrent de maladies physiques. Mais, non, dans ce pays, le gouvernement nous impose comme les socialistes mais a la compassion des capitalistes, son élite au pouvoir étant chroniquement infectée par la maladie du canal Rideau alors que l'on distribue croissants et gâteaux, se disant en silence que tout va bien dans ce beau pays dont elle pense qu'il est le meilleur au monde. Il y a un terme pour ce comportement — cela s'appelle de la grossière hypocrisie.

Alors quelles sont les solutions? Il y a des solutions évidentes à ce problème. Il y a le portefeuille — car la chose financièrement responsable à faire est de financer le traitement médicalement nécessaire pour les enfants autistiques. De nombreuses analyses coûts-avantages ont déjà montré que le financement de ce traitement économisera beaucoup d'argent au gouvernement comparativement aux coûts massifs de l'institutionnalisation à long terme. Cependant, nous n'avons pas la volonté, en tant que nation, de nous attaquer sérieusement à cette honteuse violation du contrat social.

En votre qualité de sénateurs, vous avez le pouvoir de la persuasion et la capacité d'inscrire ceci au programme du gouvernement. Il me faut néanmoins dire, en toute candeur, que je ne compte pas que vous serez en mesure de corriger ce problème, ses racines étant tout simplement trop profondes et systémiques. Dès l'instant que vous commencerez à travailler, si vous décidez d'entreprendre ce combat nécessaire pour corriger cet horrible tort, l'on vous résistera à chaque pas le long de votre route. Les technocrates de la politique de santé des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé à Ottawa vous serviront leur science-bidon. Les bureaucrates de la santé à Ottawa vous donneront leur opinion professionnelle selon laquelle le traitement pour l'autisme que deux Cours supérieures de la Colombie-Britannique ont jugé médicalement nécessaire est purement expérimental et que les Cours ont eu tort. Ils vous diront que cela ruinera le pays et mettra en faillite le système de soins de santé.

Dans le cadre de ma présentation, je vous ai également fourni un livre que j'ai écrit au sujet de la recherche de politiques discréditées faites sur mesure pour les tribunaux et qui bloquent la

consider this an inoculation kit that exposes the fraudulent science produced by health policy academics for the specific purpose of defeating the *Auton* Charter challenge for medically necessary autism treatment.

Yes, senators, contrary to what health policy-makers and attorneys general will say, the sky will not fall if we do anything so radical as include children with autism in the national health care system. Medicare will survive. The floodgates will not open. The only change will be that children with autism will get the necessary treatment that is their due as Canadian citizens, not only the children of the rich or those with a home they will mortgage and eventually lose to autism treatment to pay for their child.

The provincial governments have profoundly failed these children. The Supreme Court of Canada has failed these children. The federal government has failed and betrayed children struggling to overcome autism. At this point, unless you can move mountains of corrupt government-owned academics and health policy analysts and technocrats and bureaucrats, children with autism are doomed in this country. They are doomed to live lives as constant wards of the state; or, if they are higher-functioning, they are deemed to be part of the homeless urban landscape joining the legions of mentally ill on the streets.

The picture for children with autism in Canada is very bleak as things stand now. Unless systemic change is made to include them in medicare for their core health need, they will continue to be the roadkill of Canada's health policy technocrats due to an ingrained ethos of health care rationing, which is always reflexively done off the backs of the mentally ill, the disabled and anyone else who does not fit the profile of "normally ill," otherwise known as the "physically ill."

As the recent Supreme Court ruling in *Auton* confirms, the systemic discrimination against the disabled is firmly entrenched in Canada's policy. If a league dispute at all revolves around health care like who should be in or out of it, we now know that the Charter of Rights is suspended, simply set aside by government and rendered meaningless.

Hence, the challenge before you is to change the political culture of this country, a culture that regards the mentally disabled as less worthy than the rest of us, with treatment needs that are less worthy than the rest of us. This is a profoundly impoverished aspect of our society and fundamentally wrong. The question is this: Who among us has the power, the resolve and the

voie au traitement universel de l'autisme. Vous devriez y voir une trousse d'inoculation qui expose la science frauduleuse produite par les architectes de politiques de santé dans le but exprès de rejeter la contestation *Auton* invoquant la Charte pour obtenir le traitement médicalement nécessaire de l'autisme.

Oui, sénateurs, contrairement à ce que diront les auteurs de politiques de santé et les procureurs généraux, le ciel ne va pas nous tomber sur la tête si nous faisons quelque chose d'aussi radical que d'inclure les enfants autistiques dans le système de santé national. L'assurance-maladie survivra. Il ne va pas y avoir une avalanche. La seule chose qui changera ce sera que les enfants autistiques pourront obtenir le traitement nécessaire qui leur est dû en tant que citoyens canadiens, au lieu que cela ne soit réservé qu'aux enfants des riches ou de ceux qui ont une maison qu'ils hypothéqueront et qu'ils finiront par perdre du fait de devoir payer le traitement de leur enfant autistique.

Les gouvernements provinciaux ont gravement manqué à leurs devoirs envers ces enfants. La Cour suprême du Canada a manqué à ses devoirs envers ces enfants. Le gouvernement fédéral a manqué à ses devoirs envers ces enfants qui luttent pour surmonter l'autisme et il les a trahis. À ce stade-ci, à moins de pouvoir déplacer des montagnes de bureaucrates, de technocrates, d'analystes de politiques de santé et de chercheurs à la solde du gouvernement, tous corrompus, les enfants autistiques de ce pays sont condamnés. Ils sont condamnés à vivre leur vie comme pupilles de l'État ou bien, s'ils sont en mesure de fonctionner un tout petit mieux, ils finiront par faire partie du paysage urbain des sans-abri et se joindront aux légions d'autres gens de la rue souffrant de maladies mentales.

Le tableau pour les enfants autistiques au Canada est bien morne en ce moment. À moins que des changements systémiques ne soient apportés afin de les inclure dans le régime d'assurance-maladie pour leurs besoins de santé essentiels, ils continuent d'être les victimes des technocrates de la politique de santé du Canada par la faute d'une tradition enracinée de rationnement, qui se fait toujours par réflexe, aux dépens des personnes atteintes de maladies mentales, des personnes handicapées et de quiconque ne cadre pas avec le profil du « normalement malade », autrement dit « physiquement malade ».

Comme le confirme la récente décision de la Cour suprême dans l'affaire *Auton*, la discrimination systémique à l'endroit des personnes handicapées est fermement enracinée dans la politique du Canada. Si un différend organisé touche le moindre des soins de santé, concernant, par exemple, qui devrait être couvert et qui ne le devrait pas, nous savons maintenant que la Charte des droits est suspendue, simplement mise de côté par le gouvernement et est rendue nulle.

Ainsi, le défi dont vous êtes saisis est de changer la culture politique de ce pays, une culture qui considère les personnes atteintes de troubles mentaux comme étant moins méritantes que le reste d'entre nous, avec des besoins en matière de traitement qui sont moins dignes que ceux du reste d'entre nous. Cela témoigne d'un profond appauvrissement de notre société et il s'agit d'une



moral vision to end the injustice and the hypocrisy surrounding autism?

Children with autism are the proverbial canary in the coal mine in this country: Unless they are included in medicare, the promise of universal health care is the big lie and the promise of the Charter of Rights is empty. The just society promised by Trudeau is an illusion. For parents trying to save their children with autism, precisely the kind of credit-card medicine the Minister of Health pretends he is against, is their reality today.

I sincerely hope you can end this injustice, but all that I see in the many years of advocacy is that intransigent bureaucrats and malevolent policy analysts and technocrats are still firmly in charge and have no intention of changing autism policies. Despite this, I still believe it was important to come here today to deliver the blunt truth about the plight of children afflicted with autism. I think it is important for you to know that what we call universal health care in this country is really not universal at all.

**The Chairman:** Thank you, Sabrina.

Next we will hear from Mr. Ross.

**Mr. Ian Ross, Executive Director, Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of British Columbia:** Good morning. I am the chairperson of the Crisis Intervention Committee of the Canadian Association of Suicide Prevention, commonly known as CASP. This is the presentation folder that I brought this morning.

I am here to tell you about the CASP blueprint for a national suicide prevention strategy for Canada and its direct connection to building a continuum for individuals with mental illness.

Every year in Canada, approximately 4,000 individuals die by suicide. Many of those suicides are preventable.

I wish to tell you a story that has four chapters. The first chapter involves the crisis centre in Vancouver where I work as the executive director. The second chapter connects the crisis centre I work for to four other independent crisis centres across British Columbia. The third chapter connects the Distress Line Network of British Columbia to the Canadian Distress Line Network, which is made up of distress lines connecting all six regions of Canada into one network. The fourth and final chapter connects the Canadian Distress Line Network to the international accreditation network.

In the first chapter, the crisis centre in Vancouver is a voluntary organization committed to helping people help themselves and others deal with crisis. This pamphlet in your package is an overview of the crisis centre in Vancouver. We are an example of more than 100 crisis centres across Canada. We have an \$850,000 budget. We have two main programs, one being

erreur fondamentale. La question est la suivante : qui parmi nous a le pouvoir, la détermination et la vision morale pour mettre fin à l'injustice et à l'hypocrisie entourant l'autisme?

Les enfants autistiques sont le canari proverbial de la mine de charbon dans ce pays : à moins qu'ils ne soient inclus dans l'assurance-maladie, la promesse de soins de santé universels est un vaste mensonge et la promesse de la Charte des droits est vide. La société juste promise par Trudeau est illusion. Pour les parents qui s'efforcent de sauver leurs enfants autistiques, le genre de médecine à carte de crédit auquel le ministre de la Santé prétend être opposé, c'est déjà leur réalité aujourd'hui.

J'espère sincèrement que vous saurez mettre fin à cette injustice, mais tout ce que je vois, dans mes nombreuses années de lutte, est que les bureaucrates intransigeants et les technocrates et analystes de politique malveillants sont toujours solidement aux commandes et n'ont aucune intention de changer les politiques à l'égard des autistiques. En dépit de cela, j'estime malgré tout qu'il était important que je vienne ici aujourd'hui vous livrer la brute réalité des enfants atteints d'autisme. Je pense qu'il est très important pour vous de savoir que ce que nous appelons dans ce pays des soins de santé universels ne sont en réalité pas du tout universels.

**Le président :** Merci, Sabrina.

La parole est maintenant à M. Ross.

**M. Ian Ross, directeur administratif, Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of British Columbia :** Bonjour. Je suis président du Comité d'intervention d'urgence de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, ou ACPS. Voici donc la chemise d'information que j'ai apportée avec moi ce matin.

Je suis ici pour vous parler du plan de l'ACPS en vue d'une stratégie nationale de prévention du suicide pour le Canada, devant s'inscrire dans un continuum de services pour les personnes atteintes de maladies mentales.

Chaque année, au Canada, environ 4 000 personnes meurent par suicide. Nombre de ces suicides sont évitables.

J'aimerais vous raconter une histoire qui comporte quatre chapitres. Le premier chapitre concerne le centre de crise à Vancouver, où je travaille comme directeur administratif. Le deuxième chapitre rattache le centre de crise où je travaille à quatre autres centres de crise indépendants en Colombie-Britannique. Le troisième chapitre fait le lien entre le Distress Line Network of British Columbia et le Canadian Distress Line Network, qui est composé de lignes d'écoute téléphonique reliant à l'intérieur d'un seul réseau les six régions du Canada. Le quatrième et dernier chapitre rattache le Canadian Distress Line Network au réseau d'accréditation internationale.

Pour ce qui est du premier chapitre, le centre de crise à Vancouver est un organisme bénévole qui a pour objet d'aider les gens à s'aider eux-mêmes et à aider d'autres en situation de crise. Ce dépliant que vous trouverez dans votre trousse donne un aperçu du centre de crise à Vancouver. Nous sommes un exemple de plus de 100 centres de crise qui existent à l'échelle du pays.



a distress line in the Vancouver area that handles 24,000 calls a year. Eight per cent of those 24,000 calls are suicide related — which means that 92 per cent of our calls are not suicide related.

We also have a high school program. We go into the high schools and we talk to high school students about stress management, about coping skills and about suicide prevention. In the Vancouver area, we held just over 500 interactive workshops last year, involving about 15,000 high school students.

The key to our success in the crisis centre in Vancouver and crisis centres across the country involved the recruitment, training and management, in our case in Vancouver, of 260 volunteers supported by a small team of professionals. Twenty-six per cent of our budget comes from government funding, and we raise the rest, basically. Our board of directors, a non-profit board of directors, is very clear in underlining the fact that we do not want to be more than 30 per cent funded by government, in order to stay independent. Seventy per cent of our budget is raised by ourselves.

Our volunteers on the distress line and in the high schools are not therapists. They are highly trained individuals — and we train our volunteers to be good listeners. The power of being a good listener is amazing. We get people phoning in the middle of the night, people who cannot contact a family member or a loved one. Those people can contact our service, a free, confidential service, 24 hours a day. So, as I said, our backbone is our 260 trained volunteers plus a small professional staff. When an individual phones our centre, we listen to them, and then, as needed, refer them to therapists or to other services.

Since 1969, our centre in Vancouver alone has trained more than 5,000 volunteers, people who have learned to be good listeners and who have taken their good crisis intervention skills back to the community. We have people come to us and pay \$110 to be a volunteer, because our training is quite extensive just for the material. Our training involves 75 hours. Some people do not make the training and actually cannot in fact carry through. Nevertheless, the power of using volunteers, not just to stuff envelopes, is obvious; these individuals are on the distress line front line across Canada. It is a very valuable service. I just wanted to highlight in that first chapter an example of one crisis centre.

The second chapter — the Distress Line Network of British Columbia. We realized that we had to be leaders in the crisis intervention, suicide prevention field, so we connected with four other crisis centres, independent crisis centres, in British

Nous avons un budget de 850 000 \$. Nous avons deux principaux programmes, dont une ligne de détresse-secours dans la région de Vancouver et qui reçoit 24 000 appels par an. Huit pour cent de ces 24 000 appels sont liés au suicide — ce qui veut dire que 92 p. 100 de nos appels ne sont pas liés au suicide.

Nous avons également un programme visant les écoles secondaires. Nous nous rendons dans les écoles secondaires et parlons aux étudiants de la gestion du stress, des habiletés d'adaptation et de la prévention du suicide. Dans la région vancouveroise, nous avons l'an dernier tenu un tout petit peu plus de 500 ateliers interactifs auxquels ont participé quelque 15 000 étudiants du secondaire.

La clé de notre réussite au centre de crise de Vancouver et dans les centres de crise du reste du pays est le recrutement, la formation et la gestion, dans notre cas à Vancouver, de 260 bénévoles appuyés par une petite équipe de professionnels. Vingt-six pour cent de notre budget correspondent à des fonds fédéraux, et nous devons pour le reste lever des fonds. Notre conseil d'administration, un conseil d'administration non rémunéré, est très clair s'agissant du fait que nous ne souhaitons pas que plus que 30 p. 100 de notre budget proviennent du gouvernement, car nous voulons demeurer indépendants. Soixante-dix pour cent de notre budget sont donc le produit de nos efforts propres.

Nos bénévoles qui prennent les appels et vont dans les écoles secondaires ne sont pas des thérapeutes. Ce sont des personnes hautement formées — et nous formons nos bénévoles pour qu'ils soient de bons écoutants. Le pouvoir d'un bon écoutant est formidable. Des gens nous appellent en plein milieu de la nuit; ce sont des gens qui ne peuvent pas contacter un membre de leur famille ou un être cher. Les gens peuvent contacter notre service, un service gratuit et confidentiel, 24 heures par jour. Alors, comme je le disais, notre réussite, nous la devons à nos 260 bénévoles formés ainsi qu'à notre petite équipe professionnelle. Lorsqu'une personne appelle notre centre, nous l'écoutons puis nous la renvoyons, selon ses besoins, à des thérapeutes ou à d'autres services.

Depuis 1969, notre seul centre de Vancouver a formé plus de 5 000 bénévoles, des personnes qui ont appris à être de bons écoutants et qui ont ensuite pu faire bénéficier à leur collectivité leurs bonnes compétences en matière d'intervention d'urgence. Nous avons des gens qui viennent nous voir et qui payent 110 \$ pour être bénévole, car notre documentation, déjà côté matériel seulement, est très exhaustive. Notre formation requiert 75 heures. Certaines personnes ne résistent d'ailleurs pas jusqu'à la fin. Néanmoins, la force que nous donnent ces bénévoles, et pas simplement pour remplir des enveloppes, est évidente; ces personnes sont sur la ligne de front des services de détresse-secours d'un bout à l'autre du pays. Elles offrent un très précieux service. Je voulais simplement, dans le cadre de ce premier chapitre, mettre en relief le cas d'un centre de crise donné.

Passons maintenant au deuxième chapitre — le réseau de lignes de détresse-secours de la Colombie-Britannique. Nous nous sommes rendus compte qu'il nous fallait être les leaders en matière d'intervention en situation de crise, de prévention du



Columbia. Through a community-development model, we have built a distress line network across British Columbia that is now being used as the model for the Canadian Distress Line Network. As I said, we use a community-development model. The community development model is a top down model, to decide what the structure will be. The second phase involves coming up with a consensus model as to decisions within that network. The third and final phase is where the power and the authority stays in the regions but there is a common set of standards or best practices used by all partners. So it is a model that has been tried and true in many organizations.

I worked in the Alzheimer's Society for 11 years and we used that model to build the structure in British Columbia, in Canada and internationally.

One of the keys for the B.C. Distress Line Network is an exchange routing system. That system allows a phone call that is coming into one centre to be bumped, if the original centre is busy, to the next open centre; if that centre is busy, the call is bumped to the next open centre. We have coverage 24 hours a day.

In the third chapter, this model in British Columbia we have built is now a model for Canada. In building a Canadian Distress Line Network, rather than looking at the 10 provinces and various territories, we have divided the country into six large regions, namely, B.C., Yukon, the Prairies, Quebec/Ontario, Atlantic Canada and the North. All six of these partners are working toward that third phrase of the community development model, where the power and the authority will stay in the regions but where common operating standards will exist across the country.

The reason I am here is to impress upon you the importance of Canada having a national suicide prevention strategy that connects with mental health strategies and various other strategies. I know you have talked with other colleagues across the country about this. The one implementation piece within the strategy relates to prevention and intervention. It relates to the fourth chapter, which is the trained volunteers on the front line, the Canadian Distress Line Network. In the package I have given you, there is an executive summary of the Canadian Distress Line Network. It is just one piece in this Canadian blueprint strategy for a national suicide prevention strategy. It has actually been very successful.

In closing, we need a recognition at the federal level in support of a national suicide prevention strategy for Canadians.

**The Chairman:** Thank you very much.

suicide, et c'est ainsi que nous avons fait le lien avec quatre autres centres de crise indépendants de la Colombie-Britannique. Grâce à un modèle de développement communautaire, nous avons bâti à l'échelle de la Colombie-Britannique un réseau de lignes d'écoute téléphonique qui sert aujourd'hui de modèle pour le réseau canadien de lignes d'écoute. Comme je viens de le dire, nous avons utilisé un modèle de développement communautaire. Le modèle de développement communautaire est un modèle de haut en bas pour décider de la structure. La deuxième phase suppose élaborer un modèle de consensus quant aux décisions prises à l'intérieur du réseau. La troisième et dernière phase est celle où le pouvoir et l'autorité demeurent en région, mais il y a un jeu commun de normes ou de pratiques exemplaires qui sont utilisées par tous les partenaires. Il s'agit donc d'un modèle qui a déjà fait ses preuves dans de nombreuses organisations.

J'ai pendant 11 ans travaillé pour la Société Alzheimer et nous avons utilisé ce modèle pour bâtir la structure en Colombie-Britannique, au Canada et à l'échelle internationale.

L'une des clés du B.C. Distress Line Network est son système d'acheminement par circonscription. Le système permet de répercuter un appel à un autre centre si le centre original est occupé; si ce centre-là est occupé, l'appel est acheminé au suivant, et ainsi de suite. Nous assurons une couverture 24 heures par jour.

Pour ce qui est du troisième chapitre, ce modèle que nous avons élaboré en Colombie-Britannique est maintenant un modèle pour le Canada. En vue de bâtir le réseau canadien de lignes d'écoute pour personnes en état de crise, au lieu de prendre les dix provinces et les différents territoires, nous avons divisé le pays en six grandes régions, soit la Colombie-Britannique, le Yukon, les Prairies, le Québec et l'Ontario, la région de l'Atlantique et le Nord. Ces six partenaires œuvrent en vue de la réalisation de la troisième phase du modèle de développement communautaire, où le pouvoir et l'autorité demeureront en région mais où les normes de fonctionnement seront les mêmes partout au pays.

La raison pour laquelle je suis ici est que je tiens à vous convaincre de l'importance pour le Canada d'avoir une stratégie nationale de prévention du suicide qui fasse le lien avec les stratégies de santé mentale et d'autres encore. Je sais que vous avez discuté de cela avec des collègues de partout au pays. L'élément de la stratégie dont je viens de vous entretenir concerne la prévention et l'intervention. Cela concerne le quatrième chapitre, soit les bénévoles formés sur les lignes de front, ceux du Canadian Distress Line Network. Il se trouve dans la trousse que je vous ai donnée un résumé sur le Canadian Distress Line Network. C'est juste un élément de cette stratégie canadienne d'ensemble en vue d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Cela réussit en fait plutôt bien.

En conclusion, il nous faut une reconnaissance fédérale à l'appui d'une stratégie nationale de prévention du suicide pour les Canadiens.

**Le président :** Merci beaucoup.



Dr. Allan Burgmann is next, followed by Dr. Sivertz. They are both with Providence Health Care.

**Dr. Allan Burgmann, Clinical Assistant Professor, Psychiatry, University of British Columbia, Providence Health Care:** Let me thank honourable senators for inviting both myself and Dr. Sivertz to speak about the crucial issue of mental health and addictions.

I wish to start off by saying that I agree with everything that has been said so far, all of the crucial issues that have been raised pertaining to specific issues of mental health. However, our presentation is going to focus specifically on mental health and addictions and how it interplays at Providence Health Care and St. Paul's Hospital.

Our hospital is seven blocks away from here. Seven blocks in the other direction is the Downtown Eastside, which has been recognized as the poorest postal code in Canada. The Downtown Eastside has been internationally recognized as well as nationally recognized as having the highest density of patients and individuals with three problems chronically. Those problems are a substantial substance abuse problem, a substantial mental health illness as well as major mental illness.

The psychiatric illnesses that are largely prevalent in the Downtown Eastside are psychotic in nature. They include, predominantly, schizophrenia, schizoaffective disorder and psychosis disorders generally generated by substance use. However, among the individuals who live in the Downtown Eastside, there are incidences of very severe mood disorders as well as dementia and post-traumatic stress disorder. The substance abuse problem that is down there is rampant. Any substance that you can think of that can be ingested, smoked or injected is used down there.

We once thought that heroin was a huge problem down there. Heroin has taken a distant back seat to stimulants such as cocaine, crack, and the evil crystal methamphetamine. Crystal methamphetamine is going to be the dragon that swallows us all if it is not contained. It destroys brains and generally causes permanent psychotic illness. The medical illnesses that are present in the Downtown Eastside are those of infectious disease — HIV illness, hepatitis A, B and C, as well as the antibiotic-resistant super infections, such as carditis, osteomyelitis and cellulitis are present in the Downtown Eastside. The other thing that is present is trauma from being beaten in the street to being raped to being basally members or victims of violent crime.

There are numerous reasons for the Downtown Eastside. However, primarily, it has come about as a result of the downsizing and closing of Riverview Hospital, where large numbers of psychiatrically ill patients were discharged from the hospital without adequate follow-up as well as adequate housing. These individuals were left drifting around the city. The only area of Vancouver that has affordable housing is unfortunately the

Nous allons maintenant entendre le Dr Allan Burgmann, qui sera suivi de la Dr Kristin Sivertz, qui représentent tous les deux Providence Health Care.

**Le docteur Allan Burgmann, professeur adjoint d'enseignement clinique, Psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Providence Health Care :** Je remercie les honorables sénateurs de nous avoir invités, la Dre Sivertz et moi-même, à venir vous entretenir de la question cruciale de la santé mentale et des toxicomanies.

J'aimerais commencer par dire que j'approuve tout ce qui a été dit ici jusqu'à présent, toutes les questions critiques qui ont été soulevées relativement à différents aspects de la santé mentale. Nous allons quant à nous nous concentrer dans notre exposé sur la santé mentale et les toxicomanies et les liens que nous avons constatés entre les deux choses à Providence Health Care et à l'Hôpital St. Paul's.

Notre hôpital se trouve à sept rues d'ici. À sept rues dans l'autre direction se trouve le Downtown Eastside, reconnu comme la plus pauvre zone de code postal au Canada. Le Downtown Eastside a été reconnu à l'échelle internationale ainsi qu'à l'échelle nationale comme affichant la plus forte densité de patients et d'individus souffrant de trois problèmes chroniques. Ces problèmes sont un grave problème d'abus de substances, un grave problème de santé mentale ainsi qu'une grave maladie mentale.

Les troubles psychiatriques les plus prévalents dans le Downtown Eastside sont de nature psychotique. L'on y retrouve, surtout, schizophrénie, troubles schizo-affectifs et troubles psychotiques, généralement amenés par l'abus de substances. Cependant, l'on relève chez les personnes qui habitent le Downtown Eastside une incidence de très graves troubles d'humeur ainsi que de la démence et des troubles de stress post-traumatique. Le problème d'abus de substances dans ce quartier est galopant. Toute substance pouvant être avalée, fumée ou injectée y est utilisée.

L'on pensait autrefois que l'héroïne y était un énorme problème. Or, l'héroïne s'est fait, et de loin, dépassée par des stimulants comme la cocaïne, le crack et cet horrible crystal meth. Le crystal meth va être le dragon qui nous avalera tous si on ne parvient pas à le contenir. Il détruit le cerveau et cause des maladies psychotiques permanentes. Quant aux maladies médicales qui sont présentes dans le Downtown Eastside, il y a les maladies infectieuses que voici — infection à VIH, hépatites A, B et C, ainsi que des super infections résistantes aux antibiotiques comme la cardite, l'ostéomyélite et la cellulite. Vient s'ajouter à tout cela le trauma résultant du fait d'avoir été tabassé, d'avoir été violé ou d'être responsable ou victime de crime violent.

Il y a de nombreuses raisons qui expliquent l'existence du Downtown Eastside. Mais la cause principale a été la rationalisation puis la fermeture de l'Hôpital Riverview, un nombre élevé de patients psychiatriques malades ayant été relâchés sans suivi adéquat et sans logement adéquat. Ces personnes ont été abandonnées pour errer dans la ville. La seule partie de Vancouver où l'on puisse trouver des logements



Downtown Eastside. These people are vulnerable to being taking advantage of. They are also vulnerable to being enticed into using substances of addiction.

There is also the imbalance between harm reduction and drug treatment. The focus of our city's addiction strategy is harm reduction.

Crystal methamphetamine is a very easily manufactured and inexpensive drug. There are huge profits in it. Anyone can make crystal methamphetamine in their basement. Simply download the recipe from the Internet, buy the stuff from the Canadian Tire, and you are well on your way to trafficking in major drugs.

**Dr. Kristin Sivertz, Physician Director, Mental Health Program, and Head of the Department of Psychiatry, Providence Health Care:** Historically, mental health and treatment of major mental illness and addictions were done very separately. They really did not receive concurrent treatment. I would say that the new directions that we have been taking, and this is not just a provincial or Vancouver strategy, this is really national and international, is that there is much more recognition over the past five to ten years that psychiatric and addiction treatment cannot be separated. The regional focus on the need for increased training and expertise of all levels of health care providers is necessary for addressing this particularly complex and challenging patient population.

As we said, our focus today is looking at Providence Health Care and our interaction here and provincially.

Our strategic direction in shifting towards the concurrent treatment of addictions and mental illness was derived from necessity. It came from the pressure from the Downtown Eastside, where we had a tremendous flow of patients in through our front gate, in through our emergency room. We understood that we needed to have a unified treatment approach and we needed to build on the rather limited addiction services that were available within Providence Health Care. As a result, we developed much closer ties between psychiatry and the addiction service. However, again, I want to flag that our addiction services were very limited.

Crystal methamphetamine research is now part of our focus and we have an appointment of an addiction research chair and now an established division of addictions. We have had some expansion of our psychiatric beds and our capacity to deal with these very behaviourally disordered individuals. That is some of the good news. However, we certainly need added solutions.

I would agree with one of my colleagues here who commented on the lagging of support services for mental illness. We need overall increased support for hospitals to allow for longer length of treatment. Nevertheless, we fully recognize that hospital treatment is just a flash in somebody's lifecycle, and we try to

abordable est malheureusement le Downtown Eastside. Ces personnes sont vulnérables à l'exploitation. Elles sont également vulnérables à la tentation de consommer des substances susceptibles de créer l'accoutumance.

Il y a par ailleurs un déséquilibre entre la réduction des préjudices et le traitement pour toxicomanie. La stratégie de notre ville en matière de lutte contre la toxicomanie est axée sur la réduction des préjudices.

Le crystal meth est une drogue très facile à produire et bon marché. Elle génère des produits énormes. N'importe qui peut produire du crystal meth dans son sous-sol. Il suffit de télécharger la recette de l'Internet, d'acheter les ingrédients requis au Canadian Tire, et vous êtes lancé dans le gros trafic de drogue.

**La docteure Kristin Sivertz, médecin directeur du Programme de santé mentale et chef du Département de psychiatrie, Providence Health Care :** Historiquement, la santé mentale et le traitement des principales maladies mentales et de la toxicomanie se faisaient séparément. On ne soignait pas ces problèmes avec des traitements concomitants. Je dirais que la nouvelle orientation que nous suivons — et ce n'est pas simplement une stratégie provinciale ou vancouveroise, mais une véritable tendance nationale et internationale, est que l'on reconnaît beaucoup plus depuis cinq à dix ans que l'on ne peut pas séparer traitement psychiatrique et traitement de la toxicomanie. L'on sait qu'il importe dans la région d'augmenter la formation et l'acquisition de compétences à tous les niveaux dans la chaîne de prestation de soins de santé afin de pouvoir faire face à cette population de patients particulièrement complexe et difficile.

Comme nous l'avons dit, nous allons dans notre exposé d'aujourd'hui nous concentrer sur Providence Health Care et notre interaction ici et à l'échelle provinciale.

Notre orientation stratégique visant le traitement simultané de toxicomanies et de maladies mentales est née de la nécessité. Elle est née des pressions amenées par le Downtown Eastside, qui nous livrait un énorme flux de patients à la porte d'entrée principale aux soins de santé, soit les services d'urgence. Nous avons compris qu'il nous fallait avoir une approche de traitement unie et qu'il nous fallait bâtir sur les services limités de traitement de toxicomanie disponibles au sein de Providence Health Care. C'est ainsi que nous avons établi des liens beaucoup plus étroits entre la psychiatrie et le service de toxicomanie. Cependant, je tiens à souligner à nouveau que nos services de toxicomanie étaient très limités.

La recherche sur le crystal meth fait maintenant partie de notre programme et nous avons nommé un président de la recherche en toxicomanie et créé une division de toxicomanie en bonne et due forme. Nous avons multiplié nos lits en psychiatrie et notre capacité de traiter ces personnes qui souffrent de graves troubles de comportement. Voilà pour les bonnes nouvelles. Il nous faut cependant encore d'autres solutions.

Je suis du même avis que l'un de mes collègues ici qui a parlé du retard pris par les services de soutien par rapport aux maladies mentales. Il nous faut une augmentation d'ensemble du soutien pour les hôpitaux de façon à prévoir des traitements de plus longue durée. Nous reconnaissons cependant pleinement qu'un



keep people out of hospital. Hence, we need increased community support and residential treatment away from the Downtown Eastside. We also recognize the need for an increased number of detox beds in the region so that patients can be triaged in hospital but moved out. We also need increased prevention programs within all areas of the community. I would support the earlier suggestion of a federal program to target support systems for addictions. Also, I would support the linkages to the self-help groups and I would flag not only MDA but also the B.C. Schizophrenia Society, SAFER, which is a suicide prevention network, and the crisis line that we have heard about.

We also need to increase low-cost housing for patients with persistent mental illness. We need strategies to be able to discharge them from hospital into a safer environment and increased support for policing by way of funding and adequate sentencing.

I will end my comments by stressing, once again, the incredible challenges of the interplay between addictions and mental illness.

**The Chairman:** Thank you all for your presentations.

Can you tell me in a couple of sentences what is Providence Health Care?

**Dr. Sivertz:** Providence Health Care is a group of several hospitals that have been amalgamated into one entity. They include St. Paul's Hospital, which is a major general downtown hospital, Mount Saint Joseph, which is another general hospital but with a focus on geriatric treatment, St. Vincent's Hospitals, which are extended care facilities, Holy Family Hospital, which is a rehab hospital, and Youville Residence, which is an extended care geriatric treatment. Providence Health Care covers the spectrum of hospitals.

**The Chairman:** That explains why I have not heard of it. I have heard of the individual hospitals, but I was unaware that you had gone through the same amalgamation as everyone else.

A couple of things you said quite surprised me. You said that, historically, if an individual had both a psychiatric illness and a drug dependency problem he or she could not receive concurrent treatment. Why?

**Dr. Sivertz:** I think that psychiatry regarded addictions as not part of their purview. Addictions were not part of the training or the treatment. Patients were generally told to go and get clean and sober, and then come back and we will assess your mental state. There was some degree of recognition 20 years ago that substances affect one's mental state and that it is hard to make

traitement en milieu hospitalier n'est qu'un éclair dans le cycle de vie d'une personne, et nous nous efforçons d'aider les gens à rester en dehors des hôpitaux. D'où la nécessité d'un soutien communautaire et de traitements résidentiels accrus à l'écart du Downtown Eastside. Nous reconnaissons également la nécessité d'un nombre accru de lits en soins de désintoxication dans la région, afin que l'on puisse faire le triage des patients en milieu hospitalier mais qu'on puisse ensuite les transférer ailleurs. Il nous faut également des programmes de prévention accrus partout dans la collectivité. J'appuierais la suggestion faite plus tôt visant la création d'un programme fédéral pour cibler des systèmes de soutien pour lutter contre la toxicomanie. J'appuierais également l'établissement de liens avec les groupes d'auto-assistance et je ferais mention non seulement de la MDA mais également de la B.C. Schizophrenia Society, SAFER, qui est un réseau de prévention du suicide, et la ligne téléphonique pour personnes en situation de crise dont nous avons entendu parler.

Il nous faut également augmenter les logements à coût abordable pour les patients souffrant de maladies mentales persistantes. Il nous faut des stratégies qui nous permettent de les libérer du milieu hospitalier pour les verser dans un environnement plus sûr et il nous faut un soutien accru pour le travail des policiers, sous forme de financement et de peines adaptées.

Je vais conclure en soulignant de nouveau l'envergure des défis posés par l'interaction entre toxicomanie et maladie mentale.

**Le président :** Merci à vous tous de vos exposés.

Pourriez-vous m'expliquer en quelques phrases ce qu'est Providence Health Care?

**Dre Sivertz :** Providence Health Care est un groupe d'hôpitaux qui ont été fusionnés en une seule et même entité. On y compte St. Paul's Hospital, un important hôpital général du centre-ville, Mount Saint Joseph, un autre hôpital général mais avec une vocation gériatrique, les hôpitaux St. Vincent's, qui sont des maisons de soins infirmiers de longue durée, l'hôpital Holy Family, un hôpital de réadaptation, et Youville Residence, un centre de soins gériatriques de longue durée. Providence Health Care couvre toute la gamme de soins hospitaliers.

**Le président :** Voilà qui explique pourquoi je n'en avais pas entendu parler. J'ai déjà entendu parler des différents hôpitaux, mais j'ignorais que vous aviez vécu le même genre de fusion que tout le monde.

J'ai été plutôt surpris par une ou deux choses que vous avez dites. Vous avez dit qu'historiquement, si une personne souffrait et d'une maladie psychiatrique et d'un problème de dépendance à l'égard de drogue il ou elle ne pouvait pas bénéficier de traitements simultanés. Pourquoi?

**Dre Sivertz :** Je pense que la psychiatrie a considéré que les toxicomanies ne relevaient pas de son domaine. Les toxicomanies n'ont pas fait partie de la formation ni des traitements. L'on disait en général aux patients de se sevrer des substances qu'ils consommaient et de revenir à ce moment-là pour qu'on évalue leur état mental. Il y a eu une certaine reconnaissance il y a de cela



a clear-cut psychiatric diagnosis in the face of serious substance abuse, but there was this tendency to see the treatment as being carved off separately.

Also, from the addiction side, there was a philosophy of all drugs are bad drugs. If you happened to be on medication for schizophrenia or major depression or major bipolar affective disorder, those medications were not acceptable in treatment centres. Psychiatry had a great deal of work to do.

**The Chairman:** What do you mean when you say they were not accepted in treatment centres?

**Dr. Sivertz:** They were not accepted because they were seen as mind-altering drugs. They were not seen as substantive medications necessary to control those illnesses. Remember that the biological model of psychiatry has been in ascendancy for about 30 years — it actually goes back 50 years — but the addictions approach was that all medications are bad. We had a lot of work to do to broker an understanding that major mental illnesses need to be treated with specific and ongoing medications. We have made huge steps and so both systems have moved closer together. I think there is willingness on both sides to work together.

**The Chairman:** Can you just enlarge a bit on what you mean by adequate sentencing?

**Dr. Sivertz:** Sentencing really targets the major traffickers. Again, that is a problem that we are seeing flagged first by our city. Perhaps my colleague to my far left is attuned to that.

**The Chairman:** People who traffic are getting far too light sentences; is that what you are saying?

**Dr. Sivertz:** The major traffickers — whereas, with respect to the people who are the end users on the street, policing and heavy fines and heavy jail sentences do not help those people.

**The Chairman:** Ian, a question on your long-term training program. Seventy-five hours is a lot of training. Is your program unique in the sense have you developed it here, or is it one that suicide and crisis centres across the country use? I have never heard of one that is that intensive.

**Mr. Ross:** Ours is particularly rigorous. It is 36 years in the making. We are accredited by the American Association of Suicidology, and as such there are very specific requirements to acquire and maintain that accreditation. One of the pieces in our strategy is to have a Canadian accreditation process. At the moment, we get people from Washington, D.C., in our centre, or wherever they are in Canada, and they have accreditation. So it

20 ans que les substances ont une incidence sur l'état mental et qu'il est difficile de faire un diagnostic psychiatrique sûr lorsque l'intéressé a un grave problème d'abus de substances, mais il y avait cette tendance voulant que le traitement soit tout à fait à part.

D'autre part, du côté problèmes d'accoutumance, il y avait une philosophie voulant que toutes les drogues soient mauvaises. Si vous preniez des médicaments pour la schizophrénie, une grave dépression ou un trouble affectif bipolaire profond, alors ces médicaments n'étaient pas acceptables dans les centres de traitement. La psychiatrie avait énormément de travail à faire.

**Le président :** Que voulez-vous dire en disant qu'ils n'étaient pas acceptés dans les centres de traitement?

**Dre Sivertz :** Ils n'étaient pas acceptés parce qu'ils étaient considérés comme des drogues psychodysléptiques. Ils n'étaient pas considérés comme étant des médicaments essentiels nécessaires pour contrôler ces maladies. N'oubliez pas que le modèle biologique de la psychiatrie est en ascendance depuis environ 30 ans — il remonte en fait à il y a 50 ans — mais l'approche côté toxicomanie était que tous les médicaments étaient mauvais. Nous avons eu énormément de travail à abattre pour faire comprendre aux gens que les graves maladies mentales doivent être traitées avec des médicaments spécifiques donnés en permanence. Nous avons fait des pas énormes et les deux systèmes se sont donc rapprochés. Je pense qu'il y a une volonté de travailler ensemble des deux côtés.

**Le président :** Pourriez-vous expliquer un peu mieux ce que vous entendez par peines adaptées?

**Dre Sivertz :** L'imposition de peines vise en réalité les gros trafiquants. Encore une fois, il s'agit là d'un problème qui a été relevé en premier par notre ville. Peut-être que mon collègue assis tout à ma gauche est au courant de cela.

**Le président :** Les gens qui trafiquent se font imposer des peines beaucoup trop légères, c'est cela?

**Dre Sivertz :** Les gros trafiquants — alors qu'en ce qui concerne les usagers finaux dans la rue, les interventions policières, l'imposition de lourdes amendes et de lourdes peines d'incarcération ne les aident pas.

**Le président :** Ian, une question au sujet de votre programme de formation à long terme. Soixante-quinze heures, c'est beaucoup de formation. Votre programme est-il unique en ce sens que vous l'avez mis au point ici, ou bien s'agit-il d'un programme qu'utilisent les centres de crise et les centres de prévention du suicide à l'échelle du pays? Je n'avais jamais encore entendu parler d'un programme aussi intensif que celui-là.

**M. Ross :** Le nôtre est particulièrement rigoureux. Il nous a fallu 36 ans pour le mettre au point. Nous sommes accrédités par l'American Association of Suicidology, et il y a de ce fait un certain nombre d'exigences très spécifiques en vue d'acquiescer et de maintenir l'accréditation. L'un des éléments de notre stratégie est d'avoir un processus d'accréditation canadien. En ce moment, nous faisons venir dans notre centre des gens de Washington, ou



ties in to the number of hours you need to train volunteers to be able to be accredited.

**The Chairman:** That is impressive. If I were in Halifax, would I get the same training program?

**Mr. Ross:** If you are accredited to the American Association of Suicidology in Halifax, yes, it would be very similar. We are basically trying to come together with best practice on what works and what does not work. We have various professionals. Dr. Jennifer White has done quite a bit of work on best practice in suicide prevention; we have used a lot of those best practices in our training.

In terms of our national strategy, we want to put some resources into talking about what works and what does not work. Quebec has a whole different situation with their suicide prevention distress line network. Quebec received quite a bit of money to help them with their suicide prevention strategy, and they created some very good training manuals for their volunteers and staff and basic best practice standards. We do not really hear about that because we are all very busily focussing on our agencies and our province and the Canadian Distress Line Network is trying to pull that together for crisis centres so we are learning and talking to each other about what works and what does not work.

**The Chairman:** Sabrina, thank you for your review of the *Auton* case. Many of us were as surprised as you were by the Supreme Court decision.

I wonder if you can clarify one thing for me. In one of our earlier reports, we included a discussion of autism. I was quite surprised at the fact that my office got several phone calls or emails from families with an autistic child essentially saying that they did not think that a discussion of autism should be in a report that dealt with mental health, mental illness and addiction. In other words, it should not be viewed as a mental illness. Frankly, I was very surprised at that. You are obviously much more in touch with that network than I am. What is the issue around that?

**Ms. Freeman:** The World Health Organization, the DSM-4, the ICD-10 and all the accepted diagnostic schedules show autism as a neurological disorder. It is a mental illness. People do not like the term "mental illness" in connection with have a neurological disorder — but mental illness as opposed to physical.

However, when you think about it, it is a very strange differentiation we are making. In terms of CP, the brain is involved but it has physical manifestations. There are those who just do not want to talk about mental illness; they do not want to be with "those" people. It is that ridiculous.

en profitons lorsqu'ils sont déjà de passage au Canada et ont l'accréditation. C'est donc lié au nombre d'heures qu'il faut pour former les volontaires et pour être accrédité.

**Le président :** C'est impressionnant. Si je me trouvais à Halifax, aurais-je le même programme de formation?

**M. Ross :** Si vous êtes accrédité par l'American Association of Suicidology à Halifax, oui, ce serait très semblable. Nous nous efforçons en gros de nous organiser autour des pratiques exemplaires, en fonction de ce qui marche et de ce qui ne marche pas. Nous avons différents professionnels. La Dr Jennifer White a fait un travail considérable en matière de pratiques exemplaires de prévention du suicide; nous avons intégré nombre de ces meilleures pratiques dans notre formation.

En ce qui concerne notre stratégie nationale, nous voulons consacrer des ressources à une discussion sur ce qui fonctionne et sur ce qui ne fonctionne pas. Le Québec a une situation toute différente avec son réseau de lignes d'appel dans la lutte contre le suicide. Le Québec a reçu des montants d'argent conséquents en vue de sa stratégie de prévention du suicide, et il a élaboré un certain nombre de très bon manuels de formation pour ses bénévoles et employés et normes de meilleures pratiques de base. Nous n'en entendons pas beaucoup parler car nous sommes toujours très concentrés sur nos agences et notre province et le Canadian Distress Line Network en vue de réunir ensemble tous les morceaux pour les centres de crise afin de pouvoir discuter et apprendre les uns auprès des autres relativement à ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

**Le président :** Sabrina, merci de votre examen de l'affaire *Auton*. Nombre d'entre nous ont été aussi étonnés que vous par la décision de la Cour suprême.

J'aimerais bien que vous tiriez au clair une chose pour moi. Dans un de nos rapports antérieurs, nous avons inclus une discussion sur l'autisme. J'ai été quelque peu étonné que mon bureau reçoive plusieurs appels téléphoniques ou courriels de familles ayant un enfant autistique et disant, en gros, qu'elles ne pensaient pas qu'une discussion sur l'autisme devrait figurer dans un rapport traitant de santé mentale, de maladie mentale et de problèmes d'accoutumance. En d'autres termes, elles disaient que cela ne devrait pas être considéré comme une maladie mentale. Franchement, cela m'avait beaucoup étonné. Vous êtes manifestement beaucoup plus en contact avec ce réseau que moi. Quel est le problème à ce sujet-là?

**Mme Freeman :** L'Organisation mondiale de Santé, le DSM-4, l'ICD-10 et toutes les méthodes diagnostiques acceptées répertorient l'autisme comme étant un désordre neurologique. C'est une maladie mentale. Certaines personnes n'aiment pas que l'on emploie le terme « maladie mentale » relativement à un trouble neurologique — mais c'est une maladie mentale par opposition à une maladie physique.

Cependant, lorsqu'on y pense, il s'agit en effet d'une très étrange distinction. Pour ce qui est de l'IMC, c'est le cerveau qui est atteint, mais cela a des manifestations physiques. Il y a des gens qui ne veulent tout simplement pas parler de maladie mentale; ils ne veulent pas être de « ces » gens-là. Cela est ridicule.



**The Chairman:** That explains why. I was not upset, I was just stunned. I would not have expected to get that response. Thank you for that.

Rennie, what is the "Moving Beyond" program?

**Mr. Hoffman:** "Moving Beyond" is the name of the particular youth group that we sponsor or support.

**The Chairman:** It is not a specific program, per se?

**Mr. Hoffman:** Not yet.

**The Chairman:** When you look at the problems in the Downtown Eastside, any of you who have been associated with it — and I think it was pointed out by the people from Providence that you have both an addiction problem and a mental illness problem — is there any evidence to suggest what came first? In other words, is the addiction problem the result of someone having a mental illness and then self-medicating, or does someone develop an addiction problem out of which a mental health problem grows? Can you make any cause and effect either way?

**Mr. Hoffman:** I do not think you can make a cause and effect at this time. That is why I have asked for federal intervention to try and make that link definitively. When I first started down there, heroin was the drug to be feared and there were several heroin addicts. Since deinstitutionalization, and I do not offer this as a corollary, but since deinstitutionalization the drug world in the Downtown Eastside has exploded. I do not know what the link is.

**The Chairman:** Do either of you two want to comment on that question?

**Dr. Burgmann:** I think you cannot tease it out. I think that some people do self-medicate because of depression or any number of illnesses. Unfortunately, people generally start experimenting with drugs at a time where a lot of the major mental illnesses start to make themselves known. There can be this unmasking phenomenon.

For example, with respect to the individual who starts dabbling in cocaine and then develops schizophrenia, it is not that the cocaine caused the schizophrenia but rather that the disease appeared perhaps a year or two earlier than it would have without the use of cocaine.

I do not think you can actually say that A caused B or that B caused A. It is just a mix.

**The Chairman:** Is the 50 per cent number that one of you used about right, in the sense that roughly 50 per cent of people who are addicts also suffer from a mental illness, or do we have any sense as to what the co-morbidity percentage is?

**Le président :** Cela explique pourquoi. Je n'étais pas fâché, j'étais simplement étonné. Je me n'étais pas attendu à une telle réaction. Merci de ces explications.

Rennie, quel est le programme « Moving Beyond »?

**M. Hoffman :** « Moving Beyond » est le nom d'un groupe particulier de jeunes que nous parrainons ou appuyons.

**Le président :** Il ne s'agit pas d'un programme particulier en tant que tel?

**M. Hoffman :** Pas encore.

**Le président :** Lorsque vous regardez les problèmes dans le Downtown Eastside, dans le cas de n'importe laquelle des personnes avec lesquelles vous auriez à faire — et je pense que les gens de Providence ont souligné qu'il y a et un problème de toxicomanie et un problème de maladie mentale — y a-t-il quelque preuve pour indiquer ce qui est venu en premier? En d'autres termes, le problème de toxicomanie est-il venu du fait que la personne souffrait d'une maladie mentale et s'est auto-administré des médicaments, ou bien est-ce qu'une personne est d'abord victime d'un problème de toxicomanie dont découle ensuite un problème de santé mentale? Pourriez-vous établir une relation de cause à effet dans un sens ou dans l'autre?

**M. Hoffman :** Je ne pense pas que l'on puisse pour le moment établir de relation cause-effet. C'est pourquoi j'ai demandé une intervention fédérale pour que l'on tente d'établir définitivement ce lien. Lorsque j'ai commencé dans ce domaine, l'héroïne était la drogue à craindre et il y avait plusieurs héroïnomanes. Depuis la désinstitutionalisation, et je n'offre pas cela en tant que corollaire, mais depuis, dis-je, la désinstitutionalisation, le monde de la drogue dans le Downtown Eastside a explosé. J'ignore quel est le lien.

**Le président :** L'un ou l'autre d'entre vous aimerait-il réagir à cette question?

**Dr Burgmann :** Je ne pense pas que l'on puisse démêler les choses. Je crois que certaines personnes s'auto-administrent des médicaments à cause de dépression ou de quantité de maladies. Malheureusement, les gens commencent en général à expérimenter avec des drogues au moment où commencent à se révéler nombre des grandes maladies mentales. Il peut alors y avoir ce phénomène de démasquage.

Par exemple, dans le cas d'une personne qui commence à prendre un peu de cocaïne puis manifeste la schizophrénie, ce n'est pas que la cocaïne a provoqué la schizophrénie, mais plutôt que la maladie est apparue un an ou deux plus tôt que ce n'aurait été le cas sans consommation de cocaïne.

Je ne pense pas que l'on puisse en vérité dire que A a causé B ou que B a causé A. C'est juste un mélange.

**Le président :** Le chiffre de 50 p. 100 que l'un d'entre vous a utilisé est-il à peu près juste, en ce sens qu'environ 50 p. 100 des toxicomanes souffrent également de maladies mentales, et a-t-on une idée du pourcentage de co-morbidité?



**Dr. Sivertz:** This is debated nationally. In the Downtown Eastside, the percentage is extremely high. The co-morbidity levels that flow into the emergency room at St. Paul's probably run at least 65 per cent to 70 per cent. My colleague quoted that as many as 80 per cent of the people in the Downtown Eastside may have co-morbidity. It is hard to actually tease out those numbers. We are making a real effort to flag that with all of our admissions or assessments at St. Paul's.

Across the country, co-morbidity levels are not necessarily that high — even in major centres like Toronto or Montreal. However, our levels are very high.

**The Chairman:** What makes the Downtown Eastside so unique?

**Dr. Sivertz:** I think it is the addition of crystal methamphetamine, which seems to be a potent enough psychosis-inducing agent that even people with relatively stable brains who might go in and out of intoxication with cocaine may tip off the edge into psychosis and end up in hospital because it takes weeks for their brain to begin to clear. So it is a very potent driver of psychosis.

**Senator Cordy:** Ms. Freeman, we all watched the *Auton* ruling with close attention. I used to be an elementary schoolteacher and certainly have watched it very, very closely. You gave an excellent and very clear presentation as to what should and should not be done. You spoke about autistic children being 100 per cent excluded from the health care system.

What we are finding as a committee is that people with mental illnesses are in fact being excluded from the health care system because the services they need are not covered by medicare. I will not go into that.

I spoke in Nova Scotia to parents of autistic children, and they have discovered that there is a lack of counselling for them as families. One particular father spoke to me — he has two autistic children — and said his first child was diagnosed with autism just shortly after his second child was born. He had a great deal of difficulty dealing with it. He became depressed, so then his wife was dealing with one new baby, one autistic child and a depressed husband. He had no support for that. Is that common or is there support for families?

**Ms. Freeman:** I do not think that is the major problem. I think what happens is that people become get depressed — and I am not talking about clinically depressed. People get very unhappy when they have a child with autism, or two children with autism, because they know there is something that can work but they cannot get access to it. It is like being at a pet store with your nose against the glass but not being able to get the puppy in the window.

**Dre Sivertz :** Cela fait l'objet de débats d'un bout à l'autre du pays. Dans le Downtown Eastside, le pourcentage est extrêmement élevé. Les niveaux de co-morbidité que l'on constate à la salle d'urgence à l'hôpital St. Paul's doivent tourner au moins autour de 65 à 70 p. 100. Mon collègue a dit que jusqu'à 80 p. 100 des gens du Downtown Eastside présentent peut-être une co-morbidité. Mais il est difficile de tirer au clair ces chiffres. Nous déployons un effort réel pour cerner cela dans le cadre de toutes nos admissions ou évaluations à l'hôpital St. Paul's.

À l'échelle du pays, les niveaux de co-morbidité ne sont pas nécessairement aussi élevés que cela — même dans des centres importants comme Toronto ou Montréal. Mais nos niveaux ici sont très élevés.

**Le président :** En quoi le quartier Downtown Eastside est-il si unique?

**Dre Sivertz :** Je pense que c'est l'ajout du crystal meth, qui semble être un agent à effets psychogènes suffisamment puissants que même des personnes au cerveau relativement stable, qui pourraient fluctuer avec la cocaïne entre état d'intoxication et état normal, pourraient basculer pour tomber dans une psychose et aboutir à l'hôpital étant donné qu'il faut des semaines pour que leur cerveau se vide. Il s'agit donc d'un puissant moteur de psychose.

**Le sénateur Cordy :** Madame Freeman, nous avons tous suivi attentivement l'affaire *Auton*. J'étais autrefois institutrice et j'ai surveillé les choses de très très près. Vous avez fait une présentation excellente et très claire quant à ce qui devrait être fait et ce qui ne devrait pas être fait. Vous avez expliqué que les enfants autistiques sont exclus à 100 p. 100 du système de soins de santé.

Ce que nous sommes en train de constater en tant que comité c'est que les personnes souffrant de maladies mentales se font en fait exclure du système de soins de santé du fait que les services dont elles ont besoin ne soient pas couverts par l'assurance-maladie. Je ne vais pas aller dans le détail.

J'ai parlé en Nouvelle-Écosse à des parents d'enfants autistiques, et ils avaient découvert qu'il y avait un manque de counselling pour eux en tant que familles. Un père de deux enfants autistiques m'a parlé — il m'a dit que son premier enfant avait été diagnostiqué comme étant atteint d'autisme peu après la naissance de son deuxième enfant. Il éprouvait énormément de difficultés à composer avec la situation. Il a été déprimé, et sa femme était donc prise avec un nouveau bébé, un enfant autistique et un mari déprimé. Il n'avait aucun soutien pour cela. Est-ce courant, ou bien y a-t-il un soutien pour les familles?

**Mme Freeman :** Je ne pense pas que ce soit là le problème majeur. Je pense que ce qui se passe c'est que les gens deviennent très déprimés — et je ne parle pas de dépression clinique. Les gens sont très malheureux lorsqu'ils ont un enfant autistique ou deux enfants autistiques, car ils savent qu'il y a quelque chose qui pourrait fonctionner, mais ils n'y ont pas accès. C'est comme se trouver dans une animalerie, le nez collé contre la vitre, sans pouvoir avoir le petit chiot de l'autre côté.



The problem is that in most situations they know that the choice, if they have a choice, is losing their home unless they declare bankruptcy. Many Canadians do not even have that choice because they do not own their own home. If you are lucky you have a mortgage you can borrow against.

In the first place, it is a shock to learn you have a child with autism — and you have to get over it and you have to go through it, although denial is a very healthy thing when you are trying to get treatment for your child because what happens is it allows you to be motivated to get the pieces in place in order to get the child what the child needs. However, there is an enormous financial burden, particularly on fathers, because they feel they have somehow failed if they cannot come up with \$60,000 a year. Obviously, the average Canadian cannot come up with \$60,000 annually, especially considering our taxation rates. This is wrong. It is absolutely wrong. It has to be changed.

What is creating the rationing — and this is true not just for autism but for all mental health — rationing the unelected health technologists who get paid huge money from the government. I do not know if you know, but the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, which is good at rationing health care for drugs — for example, for a drug for schizophrenia to be approved in Canada it has to be deemed as not experimental. There is a tendency, for anything more expensive, to be called experimental. Well, CCOHTA get \$42 million a year from every ministry of health across the country, including the feds, to do unbiased research. They are not doing that. Their job is to ration health care. In British Columbia, they get \$10 million a year directly from the Ministry of Health to ration health care. So you are not getting true unbiased research. That is one of the ways the government can ration mental health care. They use these health technologists, some of whom are tenured professors at the universities across this country.

**Senator Cordy:** How do we keep the issue of autism in the forefront? During the court case, most people were very aware of what was happening. You are certainly a champion for the cause — and there are many champions. Jo-Lynn Fenton from Nova Scotia was on Parliament Hill and presented to unfortunately a small number of parliamentarians.

However, the farther removed we are from the court case, how do we go about letting Canadian people know that short-term funding — because dollars and cents unfortunately is the name of the game — of programs for children suffering from autism have such long-term benefits?

Le problème est que dans la plupart des situations ils savent que le choix, s'ils en ont un, est de perdre leur maison ou encore de faire faillite. Nombre de Canadiens n'ont même pas ce choix là à faire, car ils ne sont pas propriétaire de leur maison. Si vous avez la chance d'avoir une hypothèque, vous pouvez emprunter contre votre maison.

Premièrement, c'est un choc d'apprendre que vous avez un enfant autistique — il vous faut surmonter cela, y faire face, bien que le déni soit une chose très saine lorsque vous essayez d'obtenir un traitement pour votre enfant car ce qui se passe c'est que cela vous permet d'être motivé pour mettre en place les morceaux afin d'obtenir pour l'enfant ce dont il a besoin. Cela amène cependant un fardeau financier énorme, surtout pour les pères, car ils ont le sentiment d'échouer s'ils ne parviennent pas à trouver 60 000 \$ par an. Clairement, le Canadien moyen ne peut pas trouver 60 000 \$ par an, étant donné surtout nos taux d'imposition. C'est injuste. C'est parfaitement injuste. Cela doit être changé.

Ce qui crée le rationnement — et cela est vrai non seulement pour l'autisme mais pour tous les problèmes de santé mentale — ce sont des technologues de santé non élus qui se font payer des fortunes par le gouvernement. J'ignore si vous le savez, mais l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, qui est très doué pour le rationnement des soins de santé en matière de médicaments — par exemple, pour qu'un médicament pour la schizophrénie soit approuvé au Canada, il faut qu'il soit jugé non expérimental. Dès qu'un médicament est plus coûteux, la tendance veut qu'on lui appose l'étiquette expérimentale. Eh bien, l'OCCETS touche chaque année 42 millions de dollars versés par tous les ministères de la Santé du pays, y compris le ministère fédéral, pour faire de la recherche objective. Or, ce n'est pas ce qu'il fait. Son rôle est de rationner les soins de santé. En Colombie-Britannique, ils obtiennent 10 millions de dollars par an directement du ministère de la Santé pour rationner les soins de santé. Alors vous n'obtenez pas de la vraie recherche objective. Voilà l'une des façons dont le gouvernement peut rationner les soins de santé mentale. Il recourt à ces technologues en santé, dont certains sont des professeurs permanents d'universités d'un peu partout au pays.

**Le sénateur Cordy :** Comment faire pour maintenir l'autisme à l'avant-scène? Pendant toute l'affaire devant les tribunaux, la plupart des gens étaient très au courant de ce qui se passait. Vous êtes certainement une championne de la cause — et il y a de nombreux champions. Jo-Lynn Fenton, de la Nouvelle-Écosse, est venue sur la colline du Parlement et a fait une présentation, malheureusement à un petit nombre de députés.

Cependant, plus cette affaire recule dans le passé, comment nous y prendre pour expliquer aux Canadiens que le financement à court terme — parce que malheureusement l'argent est le nerf de la guerre — de programmes pour les enfants souffrant d'autisme a des effets à très long terme?



**Ms. Freeman:** Actually, an Ipsos-Reid poll showed that 89 per cent of Canadian voters thought this therapy should be in medicare. This is an issue of politicians and unelected bureaucrats intrinsically discriminating against mental illness. We were the first ones to test the fact that we are totally excluded.

I see a future more and more of rationing on the backs of the mentally disabled and the mentally ill.

This country needs legislation. We need a federal mental health parity act, similar to the U.S. Mental Health Parity Act, 1996. That legislation makes it illegal for any insurance company to discriminate against the mentally ill and disabled for treatment. That is number one — we need our own Canadian-made act. However, unfortunately, the provincial governments will probably not go for that — given they fund health care. It will take the federal government doing the right thing, despite the screaming and yelling of the provincial governments, to pass a mental health parity act that has teeth, in terms of withholding transfer payments in cases of discrimination. That is number one.

Second, we need the Canadians with disabilities act. This needs to be a federal act once again that makes it illegal for governments across this country, not just individuals, but governments, whether it is municipal governments or provincial governments, to discriminate based on disability of all kinds, mental and physical.

The third thing we need is legislation respecting education, so that disabled children are not at the mercy of school districts across this country and unelected bureaucracies that have too much power. We are too trusting. We have this concept that we have inherited from the British that government is good and people are good and we are all good people. That does not work when you are dealing with a vulnerable minority. That vulnerable minority needs legislation with teeth to protect it from the tyranny of the bureaucracy.

I am a sociologist. What I see in Canada today was predicted by Max Faber, who did most of his work in the 1800s, the tyranny of bureaucracy. We have to stop it and we need legislation to protect people, citizens.

**Senator Cordy:** The numbers suffering from autism are growing rapidly.

**Ms. Freeman:** It is the perfect storm. It is 1:166 now, the epidemic. Eventually, the health policy technocrats are going to realize that they are spending an awful lot of money on institutionalizing people — the ones that we cannot throw out and have living on the Downtown Eastside — receiving acute

**Mme Freeman :** En fait, un sondage Ipsos-Reid a révélé que 89 p. 100 des électeurs canadiens estiment que cette thérapie devrait être couverte par l'assurance-maladie. Le problème est que les politiciens et les bureaucrates non élus sont intrinsèquement discriminatoires à l'égard des maladies mentales. Nous avons été les premiers à contester le fait d'être totalement exclus.

J'entrevois un avenir dans lequel l'on rationnera de plus en plus, toujours sur le dos des personnes souffrant de handicaps mentaux et de maladies mentales.

Ce pays a besoin de lois. Il nous faut une loi fédérale de parité pour la santé mentale, à la manière de la U.S. Mental Health Parity Act de 1996. En vertu de cette loi il est illégal pour une compagnie d'assurances de faire de la discrimination contre les personnes souffrant de handicaps ou de maladies mentales pour ce qui est de traitements. Voilà donc la première chose — il nous faut notre propre loi faite au Canada. Cependant, malheureusement, les gouvernements provinciaux ne seront sans doute pas d'accord — étant donné qu'ils financent les soins de santé. Il faudra donc que le gouvernement fédéral fasse le nécessaire, en dépit des cris et des hurlements qui viendront des gouvernements provinciaux, en adoptant une loi en matière de parité pour la santé mentale qui soit musclée et qui permette de retenir les paiements de transfert en cas de discrimination. Voilà donc la première chose.

Deuxièmement, il nous faut une loi pour les Canadiens handicapés. Il importe que ce soit une loi fédérale qui, encore une fois, rende illégal pour les gouvernements de tout le pays, pas juste les individus, mais les gouvernements, qu'ils soient municipaux ou provinciaux, de faire de la discrimination sur la base de handicaps de tous genres, qu'ils soient mentaux ou physiques.

La troisième chose qu'il nous faut c'est une loi en matière d'éducation, afin que les enfants handicapés ne soient pas à la merci des districts scolaires du pays et des bureaucraties non élues qui ont beaucoup trop de pouvoir. Nous faisons trop confiance aux autres. Nous avons ce concept dont nous avons hérité des Britanniques et selon lequel le gouvernement est bon, les gens sont bons et nous sommes tous de bonnes personnes. Cela ne fonctionne pas lorsqu'il est question d'une minorité vulnérable. Cette minorité vulnérable a besoin de lois musclées pour la protéger de la tyrannie de la bureaucratie.

Je suis sociologue. Ce que je vois au Canada aujourd'hui avait été prédit par Max Faber, qui a fait le gros de son travail dans les années 1800 : la tyrannie de la bureaucratie. Il nous faut stopper cela et il nous faut des lois pour protéger les gens, les citoyens.

**Le sénateur Cordy :** Le nombre de personnes souffrant d'autisme augmente rapidement.

**Mme Freeman :** C'est la supertempête. On est à 1 : 166 maintenant, l'épidémie. Les technocrates de la politique de santé vont finir par se rendre compte qu'ils dépensent énormément d'argent pour institutionnaliser les gens — ceux que l'on ne peut pas mettre dehors et laisser vivre dans le



care, which is costing the government a lot of money too. Every time a patient goes into a psychiatric unit, it costs a lot of money.

Eventually, they will have to look at best practice. Eventually, they will do the right thing, after we have flushed generations of children with autism, because it will be too expensive. All these health policy technocrats care about is rationing health care. They also care about not spending too much government money.

Eventually, it is going to work, but why do it in 20, 30 years, why not do it now as the morally right thing to do?

**Senator Cordy:** Mr. Hoffman, I was interested in your comments that we not refer to it as a stigma but rather as a discrimination or prejudice. You gave some very good examples in your presentation of the issues of discrimination or prejudice. You also talked interestingly enough about your family situation and the number of people you have spoken to who have a family member or whom themselves are personally suffered from mentally illness. On this committee, we found the same thing, when we were deciding on our next topic of study. As we went around the table, we discovered that we all had a family member or a friend who is suffering from a mental illness.

Despite that, one would think that the numbers of people who are familiar with those suffering from mental illness would indeed reduce prejudice or discrimination but it does not seem to be happening. What do we do?

**Mr. Hoffman:** I think Ms. Freeman started the ball rolling. I am currently looking for a textbook case to put before the courts under the charge of discrimination or prejudice. Those people who have family members or friends with mental illness are also the same people who work in a society that they know to be prejudicial towards mental illness. I think that our leaders, in this particular case our medical health leaders, need to step up to the plate as well. Discrimination will cease in the public arena when it ceases in the medical arena. If people who go to hospitals for mental illness are treated appropriately and treated with the same dignity as people with physical illness, it will send a huge message to the rest of society.

**Senator Cordy:** Mr. Ross, I am interested in your suicide prevention programs. Your training program seems to be using best practices, and indeed that makes people very aware of the situation. Do you have suicide prevention programs in the high schools or in the junior high schools?

**Mr. Ross:** From grade 8 to grade 12. However, we are only able to address the ones that we have enough volunteers to go in for. So we are doing 500 interactive workshops a year. We could be doing 800 interactive workshops a year. With respect to younger

Downtown Eastside — et pour leur donner des soins de courte durée, ce qui coûte aussi beaucoup d'argent au gouvernement. Chaque fois qu'un patient est admis dans une unité de soins psychiatriques, cela coûte beaucoup d'argent.

Il leur faudra bien finir par examiner les pratiques exemplaires. Ils finiront par faire le nécessaire, une fois que l'on aura abandonné des générations d'enfants autistiques, car ce sera trop cher. Tout ce qui intéresse ces technocrates de la politique de santé c'est le rationnement des soins de santé. Cela les préoccupe également de ne pas dépenser trop d'argent du gouvernement.

Cela va finir par fonctionner, mais pourquoi attendre 20 ou 30 ans, pourquoi ne pas faire tout de suite la bonne chose, moralement parlant?

**Le sénateur Cordy :** Monsieur Hoffman, j'ai été intéressée par vos commentaires lorsque vous demandiez que l'on ne parle pas d'un stigmatisé, mais plutôt de discrimination ou de préjugés. Vous avez dans votre exposé donné de très bons exemples de questions de discrimination ou de préjugés. Vous avez également parlé de façon intéressante de votre situation familiale et du nombre de personnes avec lesquelles vous avez parlé et qui ont elles-mêmes souffert de maladies mentales ou ont des parents dont cela a été le cas. Le comité a constaté la même chose lorsqu'il nous a fallu décider de notre sujet d'étude suivant. En faisant le tour de la table, nous avons découvert que chacun d'entre nous avait un parent ou un ami souffrant d'une maladie mentale.

En dépit de cela, l'on aurait pensé que le nombre de personnes proches de gens souffrant de maladie mentale est tel que cela aurait amené une diminution des préjugés ou de la discrimination, mais ce n'est pas ce que l'on constate. Que faire?

**M. Hoffman :** Je pense que Mme Freeman a fait le coup d'envoi initial. Je suis présentement à la recherche d'un cas d'école de discrimination ou de préjugé à soumettre aux tribunaux. Ces personnes qui ont des parents ou des amis souffrant de maladies mentales sont ces mêmes personnes qui travaillent dans une société dont elles savent qu'elle est défavorable envers les maladies mentales. Je pense que nos dirigeants, et dans ce cas particulier, nos dirigeants en matière de soins de santé, doivent aussi monter au bâton. La discrimination cessera dans l'arène publique lorsqu'elle cessera dans l'arène médicale. Si les personnes qui se rendent à l'hôpital pour des maladies mentales sont traitées de façon appropriée et avec la même dignité que les personnes atteintes de maladies physiques, alors cela enverra un message retentissant au reste de la société.

**Le sénateur Cordy :** Monsieur Ross, je suis intéressée par vos programmes de prévention du suicide. Votre programme de formation semble utiliser les pratiques exemplaires, ce qui sensibilise les gens à la situation. Avez-vous des programmes de prévention du suicide dans les écoles secondaires ou dans les écoles secondaires de premier cycle?

**M. Ross :** De la 8<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> années. Cependant, nous ne pouvons en offrir que là où nous avons suffisamment de bénévoles; nous organisons 500 ateliers interactifs par an. Nous pourrions en tenir 800 par an. Pour ce qui est des plus jeunes, il y



kids, there are a lot of elementary schoolteachers who want us in there for the 5, 6, 7 grades. There just are not enough volunteers to cover it all.

Once our front-line volunteers have 100 hours on the distress line they are eligible to go into classrooms and talk about stress management, coping skills, suicide prevention. We are trying to bring the word "suicide" out into the public. The stigma around mental health certainly includes suicide. People talk about contagion with suicide, so you cannot really talk about it, but 4,000 deaths a year is too many, and many are preventable. How do you talk to the media about being responsible about not showing means and those kinds of things?

We are trying to talk to younger children about coping skills, about managing stress, and about the taboo word of suicide. As you know, many high school students will actually consider suicide, and about one in ten will attempt. So it is a really high number.

**Senator Cordy:** Do you keep in touch with other provinces in terms of what they are doing?

**Mr. Ross:** We do. With Canadian Distress Line Network, that is one of the main reasons we want to connect, because there are good programs in various provinces and we are not really pooling our resources. There is no clearinghouse unless we do it. The national suicide prevention strategy will be done with awareness and understanding, prevention and intervention, and then moving on to knowledge development.

**Senator Callbeck:** In terms of the crisis centre, you mentioned volunteer training. I believe you said you had a small professional staff?

**Mr. Ross:** Yes.

**Senator Callbeck:** How many would be on that staff?

**Mr. Ross:** In the Vancouver crisis centre, we have 10 full-time staff and seven part-time staff. The stress line probably has six or seven staff — those would be people with at least a master's degree in counselling. They are there for the volunteers 24 hours a day. It is similar to the community health model, where community health nurses provide well-baby care and the doctor is only brought in when needed. That is the kind of model we are trying to use with our 260 volunteers on the front line. When there is an intervention required, the paid staff comes in and resolve that intervention.

**Senator Callbeck:** You said, I believe, that 26 per cent of your funding comes from government.

**Mr. Ross:** Right.

a beaucoup d'enseignants du niveau élémentaire qui aimeraient que nous intervenions auprès des enfants des 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> années. Il n'y a tout simplement pas suffisamment de bénévoles pour tout couvrir.

Une fois que nos bénévoles des premières lignes atteignent 100 heures de réponse aux appels de détresse, ils peuvent aller dans les salles de classe et s'entretenir avec les élèves de gestion du stress, d'habiletés d'adaptation et de prévention du suicide. Nous nous efforçons de parler ouvertement du « suicide ». Le stigmate entourant la santé mentale englobe également le suicide. Les gens parlent de contagion du suicide, alors on ne peut pas vraiment en parler, mais 4 000 morts par an, c'est beaucoup trop, et nombre de ces suicides sont évitables. Comment faire pour obtenir des médias qu'ils soient responsables s'agissant de ne pas montrer les moyens qui peuvent être utilisés et ainsi de suite?

Nous nous efforçons de parler aux plus jeunes enfants d'habiletés d'adaptation, de gestion du stress et du mot tabou « suicide ». Comme vous le savez, les étudiants de niveau secondaire sont nombreux à envisager le suicide, mais un sur dix fera une tentative. C'est donc un chiffre très élevé.

**Le sénateur Cordy :** Restez-vous en contact avec les provinces pour être au courant de ce qu'elles font?

**M. Ross :** Oui. En ce qui concerne le Canadian Distress Line Network, c'est là l'une des principales raisons pour lesquelles nous voulons créer ce lien, car il existe de bons programmes dans diverses provinces et nous ne mettons pas suffisamment en commun nos ressources. À moins de nous en occuper nous-mêmes, il n'y a pas de centre de distribution. La stratégie nationale de prévention du suicide se réalisera grâce à la sensibilisation et à la compréhension, à la prévention et à l'intervention, puis à l'acquisition de connaissances.

**Le sénateur Callbeck :** Pour ce qui est du centre de crise, vous avez mentionné la formation des bénévoles. Je pense vous avoir entendu dire que vous aviez une petite équipe professionnelle, n'est-ce pas?

**M. Ross :** Oui.

**Le sénateur Callbeck :** Et ce serait une équipe de combien?

**M. Ross :** Dans le centre de crise de Vancouver, nous avons dix employés à temps plein et sept à temps partiel. La ligne d'écoute compte sans doute six ou sept employés — ce seraient des personnes possédant au moins une maîtrise en counselling. Elles seraient là pour les bénévoles 24 heures par jour. Cela ressemble un peu au modèle de santé communautaire, où se sont des infirmières en santé communautaire qui offrent les services ordinaires de pouponnière et autres, et l'on ne fait appel au médecin qu'en cas de besoin. Voilà le genre de modèle que nous tentons d'utiliser avec nos 260 bénévoles sur la ligne de front. Lorsqu'une intervention est nécessaire, le personnel rémunéré intervient et résout le problème.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez dit, je pense, que 26 p. 100 de votre financement provient du gouvernement.

**M. Ross :** C'est exact.



**Senator Callbeck:** How do you get the rest of the money?

**Mr. Ross:** We are United Way members. I do not know if it is sophisticated, but we have a well-thought-out model for raising money. We are trying to get three- to five-year funding, so it is long-term funding. There are foundations, and there are thousands of individuals who write us a \$30 cheque a month. The 5,000 alumni who are volunteers who have gone on to other things in their lives really appreciate what they learned, learned to be good listeners, and they give back. We have basically a variety of funding sources, which is absolutely critical.

**Senator Callbeck:** You mentioned individuals and foundations. What about corporations?

**Mr. Ross:** Telus and B.C. Hydro give us regular dollars. To build the 1-800 suicide prevention network, the employees of B.C. Hydro gave us \$125,000 and then some ongoing money to keep the network going. We are receptive to funding wherever we can get it. Obviously, we would not take it from everybody. We would not take alcohol and tobacco dollars for our high school programs and that kind of thing. So we have to be careful there.

Multi-year funding is very helpful; we do not want to exceed 30 per cent of our budget from government, whether it is local, provincial or federal. We want to maintain that independence. It is a philosophy that we are trying to encourage across the country.

**Senator Callbeck:** You mentioned going into schools — grades 8 to 12. You said something about talking to younger children. Would you like to get involved earlier?

**Mr. Ross:** I have three children, and they could have used something when they were in elementary school. What we are really talking about is enabling someone to cope and understand and to learn. There is a peer counselling group to connect grade 7s and grade 11s. In British Columbia, elementary school goes to grade 7; high school is grades 8 to 12. Hence, when that grade 7 student goes into grade 8, he or she has a buddy in grade 11 for the year. Those peer connections connect to our coping strategies and stress management workshops. We work together.

We also are doing workshops for parents — and that has been successful — talking about issues like suicide or distress management with their children. We found that focusing on the student was only a halfway measure. Hence, we have added teachers and parents into the picture, and it is actually improving things.

**Senator Callbeck:** Do students only get your program in grade 8, or do they get it every year?

**Le sénateur Callbeck :** Et comment obtenez-vous le reste de l'argent?

**M. Ross :** Nous sommes membres de Centraide. J'ignore si cela est sophistiqué, mais nous avons un modèle bien pensé de levée de fonds. Nous nous efforçons d'obtenir un financement sur trois à cinq ans, alors c'est du financement à long terme. Il y a des fondations, et il y a des milliers de gens qui nous écrivent un chèque de 30 \$ chaque mois. Les 5 000 anciens bénévoles qui sont passés à autre chose depuis sont très reconnaissants de ce qu'ils ont appris; ils ont appris à être de bons écoutants et ils expriment leur reconnaissance en contribuant. Nous avons toute une variété de sources de financement, ce qui est absolument essentiel.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez parlé de particuliers et de fondations. Et qu'en est-il de sociétés?

**M. Ross :** Telus et B.C. nous donnent régulièrement de l'argent. Lorsque nous avons voulu bâtir le réseau de prévention du suicide 1-800, les employés de B.C. Hydro nous ont versé 125 000 \$ et ils continuent de contribuer au maintien du réseau. Nous sommes réceptifs chaque fois que l'on nous fait une offre de financement. Bien sûr, nous ne prendrions pas d'argent de la main de n'importe qui. Nous ne prendrions pas d'argent en provenance de l'industrie des vins et spiritueux ou de l'industrie du tabac, par exemple, pour nos programmes d'école secondaire. Il nous faut donc être prudents de ce côté-là.

Il nous est très utile d'avoir un financement pluriannuel; nous ne voulons pas que notre financement en provenance des pouvoirs publics, qu'ils soient locaux, provinciaux ou fédéraux, dépasse les 30 p. 100. Nous tenons à maintenir cette indépendance. C'est une philosophie que nous nous efforçons d'encourager à l'échelle du pays.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez mentionné le fait que vous allez dans les écoles — vous visez les années 8 à 12. Vous avez également dit quelque chose au sujet d'intervention auprès d'enfants plus jeunes. Aimerez-vous intervenir plus tôt?

**M. Ross :** J'ai trois enfants et il aurait été bon qu'ils aient eu quelque chose lorsqu'ils étaient à l'école élémentaire. Ce dont nous parlons ici c'est de permettre à quelqu'un de composer avec ce qui se présente à lui, de comprendre et d'apprendre. Il y a un groupe de counselling par les pairs pour faire le lien entre les 7<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> années. En Colombie-Britannique, l'école élémentaire s'arrête à la 7<sup>e</sup> année; l'école secondaire va de la 8<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> années. Ainsi, lorsque cet élève de 7<sup>e</sup> entre en 8<sup>e</sup>, il ou elle a un copain de la 11<sup>e</sup> pour l'année scolaire. Ces jumelages avec des pairs sont intégrés à nos stratégies d'acquisition d'habiletés d'adaptation et à nos ateliers de gestion du stress. Nous travaillons ensemble.

Nous organisons également des ateliers pour les parents — et cela a bien réussi — pour leur parler de questions comme le suicide ou la gestion de la détresse chez leurs enfants. Nous avons trouvé qu'en mettant l'accent sur les seuls étudiants, nous ne faisons que la moitié du travail. C'est ainsi que nous avons ajouté au tableau enseignants et parents, et cela améliore vraiment les choses.

**Le sénateur Callbeck :** Vos étudiants reçoivent-ils votre programme seulement en 8<sup>e</sup> année, ou bien chaque année?



**Mr. Ross:** The schools that appreciate our free service have us come in regularly. We are trying to have contact with kids at least three times in high school.

**Senator Callbeck:** Dr. Burgmann, you talked about an imbalance between harm reduction and treatment. What do you mean by that?

**Dr. Burgmann:** Over the last three to four years, the city has embraced harm reduction policies — harm reduction is the new buzzword with regard to addictions. Harm reduction involves needle exchange programs, to prevent transmission of HIV, methadone programs, to get people off heroin and on methadone, so that there is some stability in their lives.

The problem is that the people who are getting clean needles and who are on methadone are not getting any ongoing treatment to get them off the methadone, to help them to become clean and sober and functioning people, working and out of the Downtown Eastside. That is the neglected pillar of the four-pillar approach Vancouver has adopted.

**Senator Callbeck:** Mr. Hoffman, you talked about being in the police department for 29 years. In your opinion, should police training involve learning about how to deal with the mentally ill?

**Mr. Hoffman:** Senator, I addressed that in my brief. The answer is, yes, they need more training, but only in the context that the public in general and front-line doctors and health care staff need more training in mental illness. I make the point in the brief that it has been observed that policemen are the first line of psychiatrists when they enter the door — which is a correct statement. However, they would prefer not to be. If there were another agency that was as available at 2:00 o'clock in the morning on the Granville Street bridge, it would be the first one to call.

I know that targeting police in their dealings with mental illness is de rigueur right at the moment. I am on three committees looking at that very subject. It has been my experience, and I have had considerable, that the system fails after the policeman has had the contact and not during the contact with the police.

**Senator Callbeck:** You say the system fails after the contact?

**Mr. Hoffman:** Yes, senator. There have been many times, and this is not slight against anyone in particular, where I have observed, under my limited powers of the Mental Health Act, that an individual was a danger to themselves or to someone else. Under the guidelines, I had the power of arrest, and made the arrest, and had the person transported to a hospital for psychiatric assessment. In many cases, the patient was out of the hospital before my report hit the hospital desk. There is a

**M. Ross :** Les écoles qui apprécient notre service gratuit nous demandent de venir régulièrement. Nous nous efforçons d'avoir un contact avec les étudiants au moins trois fois pendant la durée des études secondaires.

**Le sénateur Callbeck :** Docteur Burgmann, vous avez parlé d'un déséquilibre entre la réduction des préjudices et le traitement. Qu'avez-vous voulu dire par cela?

**Dr Burgmann :** Cela fait trois ou quatre ans que la ville adopte des politiques de réduction des préjudices — la réduction des préjudices est la nouvelle expression à la mode en matière de toxicomanie. La réduction des préjudices englobe les programmes d'échange de seringues, pour prévenir la transmission du VIH, les programmes d'entretien à la méthadone, pour aider les gens à se sevrer de l'héroïne et de la méthadone, afin qu'il y ait un peu plus de stabilité dans leur vie.

Le problème est que les personnes qui obtiennent des seringues propres et qui prennent de la méthadone ne bénéficient pas de programmes de traitement à long terme pour les aider à se sevrer de la méthadone, à se couper du milieu de la drogue et à fonctionner et à travailler à l'extérieur du Downtown Eastside. C'est là le pilier négligé de l'approche à quatre piliers qu'a adoptée la ville de Vancouver.

**Le sénateur Callbeck :** Monsieur Hoffman, vous avez dit avoir travaillé pendant 29 ans dans la police. Selon vous, les policiers devraient-ils être formés en vue de pouvoir mieux traiter avec les personnes atteintes de maladies mentales?

**M. Hoffman :** Sénateur, j'ai parlé de cela dans mon mémoire. La réponse est que oui, il leur faut davantage de formation, mais seulement dans le contexte voulant que le public en général et les médecins et le personnel soignant de première ligne aient plus de formation relativement aux maladies mentales. Je souligne dans mon mémoire qu'il a été constaté que les policiers sont la première ligne de psychiatres lorsqu'ils poussent la porte — ce qui tout à fait juste. Ils préféreraient cependant ne pas être cela. Je pense que s'il y avait une autre agence qui était disponible à 2 h du matin sur le pont de la rue Granville, ce serait celle-là qu'il faudrait appeler.

Je sais qu'il est en ce moment de rigueur de cibler la police dans sa façon d'aborder la maladie mentale. Je siège à trois comités qui se penchent précisément sur cette question. D'après mon expérience, et elle est considérable, le système échoue après que le policier ait eu ce contact mais pas pendant le contact avec la police.

**Le sénateur Callbeck :** Vous dites que le système échoue après le contact?

**M. Hoffman :** Oui, sénateur. De très nombreuses fois, et je ne vise ici personne en particulier, j'ai pu observer, dans le cadre des pouvoirs limités qui me reviennent en vertu de la loi sur la santé mentale, qu'un individu était un danger pour lui-même ou pour quelqu'un d'autre. En vertu des lignes directrices, j'avais le pouvoir de faire une arrestation, je l'ai faite, et j'ai fait transporter la personne à un hôpital pour y faire faire une évaluation psychiatrique. Dans de nombreux cas, le patient était ressorti de



resistance to taking the word of an untrained police officer or an ill-regarded police officer in an assessment of mental illness.

Not only that, given those limited guidelines of only referring or arresting someone who is a danger to themselves and others, it leaves a huge gap in our ability to deal with the rest of the mentally ill population. There are instances where someone who is threatening suicide has been ejected from psychiatric assessment because when they get to the doctor he or she does not see those same signs.

Policemen do need more training, but they need more training in everything. The rest of our society needs more training in mental illness as well.

**Senator Callbeck:** Ms. Freeman, certainly you have made a very strong case and certainly I agree that we have to do more for children with autism.

**Senator Trenholme Counsell:** I will leave autism out, because I think it is a profound neurological disorder, one that we have to think a lot about and do a much better job with. I am a physician who has helped to treat and find treatment for children with autism.

I get very upset when I hear anyone say that mental illness is being left out of the health care system in Canada. It is not. There is a great deal of care and help within the system. It is publicly paid for through the health and social transfer. Whether we are talking about psychiatrists or inpatient care or about mental health clinics, it is being paid for by our taxes.

We have to do better in caring for those who are sick, whether the illness is an addiction or a genetic illness, a biochemical disorder of the brain. Should there be a long-term emphasis — given limited funds — on doing much more in early childhood development, on parenting, on early detection, intervention and diagnosis, at the very first sign of a chemical disorder or a dysfunctional family and a child in trouble?

**Dr. Sivertz:** That is a good question. Those of us who work in mental health support activity vis-à-vis prevention or at that end of the spectrum and helping families where there are early signs. I would also point out that even the best of preventive programs and picking up cases early on do not necessarily prevent the evolution of serious illness. I would equate it to any other major medical illness. For example, if rheumatoid arthritis presents early, it often runs a very severe course. If depressive illness presents earlier than age 10, it often runs a difficult and challenging course. Support and identification are important, but it may not prevent the rolling out of that illness through a lifetime.

l'hôpital avant même que mon rapport n'arrive au comptoir de l'hôpital. Il y a une certaine résistance, en matière d'évaluation de maladies mentales, à se fier à la parole d'un policier non formé ou mal perçu.

Non seulement cela, mais étant donné ces lignes directrices qui vous limitent à seulement arrêter ou renvoyer une personne qui est un danger pour elle-même ou pour d'autres, cela laisse un trou béant dans notre capacité de traiter avec le reste de la population souffrant de maladie mentale. Il y a eu des cas où une personne qui menaçait de se suicider a été renvoyée d'une évaluation psychiatrique parce que lorsqu'elle s'est présentée au médecin il ou elle n'a pas vu les mêmes signes.

Les policiers ont besoin de plus de formation, mais ils ont besoin de plus de formation dans tout. Le reste de notre société a elle aussi besoin de plus de formation en matière de maladies mentales.

**Le sénateur Callbeck :** Madame Freeman, vous nous avez certainement fait un exposé convaincant et je suis d'accord avec vous pour dire qu'il nous faut faire plus pour les enfants autistiques.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Je vais laisser l'autisme de côté, car je pense qu'il s'agit d'un profond trouble neurologique, auquel il nous faut beaucoup réfléchir et au sujet duquel il nous faut faire un bien meilleur travail. Je suis médecin et j'ai soigné des enfants autistiques et ai essayé de trouver des traitements pour eux.

Cela me bouleverse lorsque j'entends quelqu'un dire que la maladie mentale est maintenue à l'écart du système de soins de santé au Canada. Ce n'est pas vrai. Il y a au sein du système beaucoup de soins et d'aide. Cela est payé par le public par le biais du transfert en matière de santé et de services sociaux. Que l'on parle de psychiatres, de soins aux hospitalisés ou de cliniques de santé mentale, tout cela est payé à même nos impôts.

Il nous faut mieux soigner les malades, que la maladie soit une toxicomanie, une maladie génétique ou un désordre biochimique du cerveau. Devrait-on mettre un accent à long terme — étant donné les fonds limités dont on dispose — sur une augmentation des efforts en matière de développement de la petite enfance, d'art parental, de détection précoce, d'intervention et de diagnostic, ce dès le tout premier signe de désordre chimique, ou de famille dysfonctionnelle ou d'enfant en difficulté?

**Dre Sivertz :** C'est une bonne question. Ceux d'entre nous qui œuvrons dans le domaine de la santé mentale appuyons les activités de prévention, ou de ce côté-là du spectre, et l'aide aux familles lorsqu'on relève des signes précoces. Je soulignerais également que même les meilleurs programmes de prévention et de détection précoce n'empêchent pas nécessairement l'évolution de maladies graves. Je comparerais cela à tout autre maladie grave. Par exemple, si la polyarthrite rhumatoïde se présente tôt, elle va souvent finir par être très aiguë. Si un trouble dépressif apparaît chez un enfant âgé de moins de dix ans, alors le problème sera souvent difficile et complexe. Soutien et identification sont importants, mais cela n'empêchera pas forcément la maladie de suivre son cours pendant la vie de l'intéressé.

On the addiction side, perhaps early intervention and early education — we would like to think that perhaps more prevention is possible on that side than with the genetic mental illnesses. Therefore, I support prevention and early identification, but it may not solve all the problems.

**Mr. Hoffman:** We have some programs in British Columbia to identify mood disorders. There is an annual depression screening day. Last year, of the 5,000 people who attended, 1,500 people were screened as having depression. The problem is not identifying the illness; the problem is to do about it.

Your comments about tax dollars being invested in the system are correct; however, those tax dollars do not seem to get to the people who really need them.

I do not think there is enough emphasis put on treatment after diagnosis. Oftentimes, the only person our constituents see are their family doctors. There are fewer per capita psychiatrists in this province than there were in 1975. Hence, while there are many programs to find the illnesses early, there is very little to do about it after they are found.

**Senator Trenholme Counsell:** Teachers are often aware that there is a problem, but they may hesitate to open up the discussion, or they may not have time even to think about it, which is often the case. Teachers are far too stressed. Nevertheless, the signs usually appear very early, and if the parents will not face it, the teachers are the ones who see it right in their face, five days a week. I do not know how, however, how we can help teachers communicate this to someone who is going to do something. I talk to so many teachers, many of whom sense a problem. Of course, they may not be able to diagnose the problem — but I am a great believer in prevention to the extent that we can. Early diagnosis is so important.

In terms of what you are seeing on the street — crystal methamphetamine and its consequences — if we can develop strong kids who have the willpower and the strength of ego, the hope and so on, there will be fewer and fewer of them trying drugs like that. That is long term, however.

**Senator Cook:** Our committee hopes to make a series of recommendations based on what we have heard as well as recommend a national mental health strategy. I am optimistic that together we will do something that is of worth to the most vulnerable of our people, people suffering from mental illness and depression.

Mr. Hoffman, I wish to ask you a question about the Moving Beyond program. You indicated that the changes that allowed you to do this nearly caused the death of this organization. Was that purely financial, or was it a challenge of resources? What prompted that statement?

Côté toxicomanie, peut-être qu'une intervention et qu'une éducation précoces — nous aimerions bien croire que plus de prévention serait peut-être possible de ce côté-là que dans le cas des maladies mentales génétiques. Je suis donc en faveur de la prévention et de l'identification précoce, mais cela ne va pas forcément régler tous les problèmes.

**M. Hoffman :** Nous avons en Colombie-Britannique certains programmes d'identification de troubles de l'humeur. Il y a une journée annuelle de dépistage de la dépression. L'an dernier l'on a décelé parmi les 5 000 participants 1 500 cas de dépression. Le problème n'est pas celui de l'identification de la maladie; le problème est de savoir quoi y faire.

Vos commentaires au sujet des deniers publics investis dans le système sont justes; cependant, cet argent des contribuables ne semble pas parvenir aux personnes qui en ont vraiment besoin.

Je ne pense pas que l'on mette suffisamment l'accent sur le traitement après diagnostic. Bien souvent la seule personne que nos clients consultent c'est leur médecin de famille. Il y a dans cette province moins de psychiatres par tête d'habitant qu'il n'y en avait en 1975. C'est ainsi que, bien qu'il y ait de nombreux programmes visant à dépister très tôt les maladies, il y a peu que l'on puisse y faire après coup.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Souvent, l'enseignant va savoir qu'il y a un problème, mais il ou elle hésitera peut-être à aborder le sujet ou bien, ce qui est souvent le cas, n'a même pas le temps d'y réfléchir. Les enseignants sont beaucoup trop stressés. N'empêche que les signes apparaissent en règle générale très tôt, et si les parents ne sont pas prêts à y faire face, les enseignants, eux, voient ce qui se passe, cinq jours par semaine. J'ignore cependant ce que nous pourrions faire pour aider les enseignants à communiquer cela à quelqu'un qui pourrait y faire quelque chose. Je discute avec tellement d'enseignants, dont bon nombre vont sentir qu'il y a un problème. Bien sûr, ils ne pourront peut-être pas le diagnostiquer — mais je crois beaucoup dans la prévention. Un diagnostic précoce est si important.

Pour ce qui est de ce que vous constatez dans la rue — le crystal meth et ses conséquences — si nous pouvions former des jeunes solides, qui ont la volonté et la force de leur ego, qui ont de l'espoir et ainsi de suite, ils seraient de moins en moins nombreux à expérimenter avec des drogues comme celle-là. Mais c'est là un travail à plus long terme.

**Le sénateur Cook :** Le comité espère faire une série de recommandations sur la base de ce que nous avons entendu ainsi que recommander une stratégie nationale pour la santé mentale. Je suis optimiste et compte qu'ensemble nous pourrions faire quelque chose de valable pour les plus vulnérables parmi nous, ceux et celles qui souffrent de maladie mentale et de dépression.

Monsieur Hoffman, j'aimerais vous poser une question au sujet du programme Moving Beyond. Vous avez indiqué que les changements qui vous avaient permis de faire cela avaient presque amené la mort de cette organisation. Était-ce purement financier, ou bien était-ce un problème de ressources en général? Qu'est-ce qui vous a poussé à dire cela?



**Mr. Hoffman:** It was for the most part financial. For many years, the Mood Disorders Association of British Columbia was funded by the provincial health ministry. Three years ago approximately, there was a structure change and MDA was instructed to approach the five health regions for the very same money that they received from one source. The five health regions of British Columbia are not unified in their approach to health questions. I am told that they do not even have a common computer system so that they can share information.

That presented great challenges for a consumer-run organization. The benefit to the old system was that Ed Rogers and Vicky Rogers, themselves consumers, the board of directors of MDA, all consumers, were not faced with the questions of making defensible decisions regarding the spending of that money or keeping adequate records, if you will, of their services. They concentrated solely on running self-help groups, what we used to call "peer groups" up until the time that the health regions told us that that name was designed for something else and that we could not get any money for peer groups.

Our product has always been self-help groups, peer group interaction, and it works very well. The health regions do not see a financial defence of self-help groups and as such MDA is forced to find other programs that it can administer at this stage, in order to prop up the one thing that they do very well that works for them.

**Senator Cook:** So where are you now with your Moving Beyond youth program? Is it operational?

**Mr. Hoffman:** It has been operational for about a year now. We are advertising with a view to expanding that program. When MDABC was funded by the one provincial group, their mandate was consumer support and family support for adults.

**Senator Cook:** In your conversation with Senator Trenholme Counsell, you highlighted the lack of trained professionals — that is, psychiatrists. In this piece, do you see a role for a nurse practitioner? In my province of Newfoundland, we have nurse practitioners working in primary care with mental health. Do you see a role for nurse practitioners in this area, to alleviate some of the professional shortages we are seeing?

**Mr. Hoffman:** I see a role for any trained professional who can assist in dealing with people with mental illness. Absolutely. If nurse practitioners approach the status of the family doctor in terms of diagnosis and being able to prescribe treatment, absolutely.

**Senator Cook:** So partnerships will help us get to where we want to go?

**M. Hoffman :** C'était pour la plupart d'ordre financier. Pendant de nombreuses années, la Mood Disorders Association of British Columbia avait été financée par le ministère de la Santé de la province. Il y a environ trois ans, il y a eu un changement de structure et l'on a dit à l'Association qu'il lui fallait aborder les cinq régions aux fins de services de santé pour obtenir l'argent qu'elle recevait auparavant auprès d'une seule source. Les cinq régions ne sont pas unies dans leur approche aux questions de santé. On me dit qu'elles n'ont même pas un système informatique commun leur permettant d'échanger des données.

Cela a créé d'énormes défis pour une organisation gérée par des consommateurs. L'avantage de l'ancien système était que Ed Rogers et Vicky Rogers, eux-mêmes consommateurs, le conseil d'administration de la MDA, tous consommateurs, n'étaient pas confrontés à la question de prendre des décisions défendables s'agissant de la façon de dépenser l'argent ou d'assurer la bonne tenue des livres, si vous voulez, en ce qui concerne leurs services. Ils se concentraient uniquement sur la gestion des groupes d'auto-assistance, que l'on a appelés « groupes des pairs » jusqu'à ce que les districts de santé nous disent que ce terme devait servir à désigner autre chose et que nous ne pourrions pas obtenir d'argent pour des groupes de pairs.

Notre produit a toujours été les groupes d'auto-assistance, l'interaction entre groupes de pairs, et cela fonctionne très bien. Les districts de santé ne voient pas l'utilité d'une défense financière des groupes d'auto-assistance et c'est ainsi que la MDA a été obligée de trouver d'autres programmes qu'elle puisse administrer à ce stade-ci, ce afin d'appuyer l'unique chose qu'elle fait bien et qui fonctionne bien pour elle.

**Le sénateur Cook :** Alors où en êtes-vous maintenant avec votre programme Moving Beyond pour les jeunes? Est-il opérationnel?

**M. Hoffman :** Il est opérationnel depuis environ un an maintenant. Nous sommes en train de faire de la publicité en vue d'élargir ce programme. Lorsque la MDABC a été fondée par le groupe provincial, son mandat était la protection des consommateurs et le soutien familial pour les adultes.

**Le sénateur Cook :** Dans votre échange avec la sénateur Trenholme Counsell, vous avez souligné la pénurie de professionnels formés — c'est-à-dire de psychiatres. Envisagez-vous ici un rôle pour les infirmières praticiennes? Dans ma province, Terre-Neuve, nous avons des infirmières praticiennes qui s'occupent de soins de première ligne en santé mentale. Entrevoyez-vous un rôle pour les infirmières praticiennes dans ce domaine, pour alléger l'effet de certaines des pénuries professionnelles que nous constatons?

**M. Hoffman :** J'entrevois un rôle pour tout professionnel formé pouvant intervenir auprès de personnes souffrant de maladies mentales. Absolument. Si les infirmières praticiennes approchent du statut du médecin de famille s'agissant de diagnostic et si elles peuvent prescrire des traitements, alors absolument.

**Le sénateur Cook :** Des partenariats nous aideront donc à arriver là où nous voulons aller?

**Mr. Hoffman:** Very much so.

**Senator Cook:** Ms. Freeman, I come from the second smallest province in this country, Newfoundland. I want to share a story with you. The Autism Society of Newfoundland and Labrador is about to have a groundbreaking for an autism facility, all because of the efforts of one woman with an adult autistic son. It is being built on the perimeter of our university. The site is an old Irish farm that has been there for a couple of hundred years. I asked my friend a couple of weeks ago where were we with this and she said that the government money has come through from ACOA, which is a federal agency speaking to the needs of Atlantic Canada. The centre will be called Shamrock Farm Centre for Autism. I do not know all the details, but I know that it will cost \$1 million. It was driven by a mother of an autistic child, in a way a consumer.

It is a good news story, the fact that we have recognized it and we have done it in a small corner of this country. I do not know if you are aware of it or not.

**Ms. Freeman:** Ironically, the provinces with the least money seem to somehow take the best care of their most vulnerable. Prince Edward Island, which obviously does not have a large population, was the first to provide treatment for their autistic children — not the amount that is needed, but half the amount that is needed without a court case. Then we have Newfoundland, which was next in line, which provided treatment; again, not what was needed, but we are talking baby steps here, second without a court case. It seems to be the larger provinces that dig their heels in. In my opinion, the attitude is one of who do you think you are, get back in line, you are just the consumer, you are the parent of the consumer, you are just noisy. In fact, not only do these large provinces seem to have this attitude, but they have legions of bureaucrats, so even when there is a politician who wants to do the right thing, who has better access, the consumer or the bureaucrat working for the politician — almost every initiative that has been done in big provinces gets undone by the bureaucracy. I will give you a perfect example.

During the *Auton* case when we had two spectacular wins at the lower court, spectacular wins, they had to do something because there was no stay of their decision. So through a lot of back room politics, trying to circumvent the bureaucracy, they managed to get a joint funding mechanism that would pay for a third of the treatment — \$20,000, of the \$50,000 to \$60,000, the parents do not have to come up with. Well, before the pen was dry with the November 19 defeat, the bureaucracy was already trying to undo that to get rid of the funding to go back to a contractor model so that they would take the power away from the consumer.

**M. Hoffman :** Tout à fait.

**Le sénateur Cook :** Madame Freeman, je viens de la deuxième plus petite province du pays, Terre-Neuve. J'aimerais partager une histoire avec vous. L'Autism Society of Newfoundland and Labrador est sur le point de lever la première pelletée de terre en vue de la construction d'un centre de traitement de l'autisme, tout cela grâce aux efforts d'une femme avec un fils autistique adulte. Le centre va être construit sur le périmètre de notre université. Le site est une ancienne ferme irlandaise vieille de plusieurs centaines d'années. J'ai demandé à mon amie il y a quelques semaines où nous en étions avec cela et elle m'a dit que les fonds du gouvernement avaient été versés par le biais de l'APECA, une agence fédérale qui s'occupe des besoins du Canada atlantique. Le centre va s'appeler Shamrock Farm Centre for Autism. Je ne connais pas tous les détails, mais je sais que cela va coûter 1 million de dollars. Tout cela est le fait de la mère d'un enfant autistique, d'une consommatrice en un sens.

C'est une belle histoire, le fait qu'on ait reconnu le besoin et qu'on ait fait quelque chose dans un petit coin du pays. J'ignore si vous êtes ou non au courant.

**Mme Freeman :** Chose ironique, ce sont les provinces les moins riches qui semblent s'occuper le mieux de leurs membres les plus vulnérables. L'Île-du-Prince-Édouard, qui n'a bien sûr pas une grosse population, a été la première province à offrir un traitement pour ses enfants autistiques — elle n'a pas contribué tout le montant nécessaire, mais la moitié, sans que les tribunaux n'aient eu à s'en mêler. Puis nous avons Terre-Neuve, la suivante sur la liste, qui a offert un traitement; encore une fois, pas tout ce qui était nécessaire, mais l'on parle ici de tous petits pas, et c'était la deuxième province à bouger sans intervention des tribunaux. Il me semble que ce sont les plus grosses provinces qui résistent. À mon avis, l'attitude revient un petit peu à dire pour qui vous prenez-vous, rentrez dans le rang, vous n'êtes qu'un consommateur, vous n'êtes que le parent d'un consommateur, vous ne faites que du bruit. En fait, non seulement ces grosses provinces semblent avoir cette attitude mais elles ont également des légions de bureaucrates, alors même lorsqu'il y a un politicien qui veut faire ce qu'il faut, qui a le meilleur accès, le consommateur ou le bureaucrate travaillant pour le politicien — presque toutes les initiatives prises dans les grosses provinces se font défaire par la bureaucratie. Je vais vous donner un exemple parfait.

Pendant l'affaire *Auton*, lorsque nous avons remporté deux victoires spectaculaires à la Cour inférieure, il leur a fallu faire quelque chose parce qu'il n'y a eu aucune suspension de leur décision. C'est ainsi que par le biais de beaucoup de marchandage en coulisse, dans le but de contourner la bureaucratie, ils ont réussi à obtenir un mécanisme de financement conjoint devant payer le tiers du traitement — les parents n'ont ainsi pas à verser 20 000 \$ sur les 50 000 \$ ou 60 000 \$. Eh bien, avant que l'encre ne soit sèche, avec la défaite du 19 novembre, la bureaucratie était prête à défaire cela pour éliminer le financement et revenir à un modèle d'entrepreneur afin d'arracher le pouvoir au consommateur.



The bottom line is that the contracted model is what gets us into trouble. The system is public health care, but the physicians are private. They have billing numbers. Without that mechanism, there are no standards. What happens is that without competition the treatment turns into babysitting. We have seen this happen before, and I am seeing it happen again.

As we sit here, again in British Columbia, it is happening because once again the big provinces have that infrastructure and the bureaucracy does not want to give away power. That is what this is about. In the small provinces, you do not have an entrenched bureaucracy — it is a very small number of people. The people can actually get to the politicians much more easily. It is much easier to get to your premier in Newfoundland or in P.E.I. than it is in British Columbia or Ontario. That is where the problem is.

**The Chairman:** I have to tell you how accurate you are. You are dead right on that. We should tell you that Senator Callbeck is both a former health minister and a former premier of P.E.I. As you can see, she is readily accessible.

**Ms. Freeman:** Well, I tell the truth.

**Senator Cook:** Well, mine is a good news story; I wish everyone could see the centre. It is a farm set in front of rolling hills on the back of the new health science complex. We just have one tertiary care hospital also. The Shamrock Farm Centre for Autism will be a working farm. There will be horses; there is a pond. It is a dream come true and our provinces has bought into it.

**Ms. Freeman:** Except that we cannot differentiate housing and residential care for treatment. They are two different things. In fact, what you need in your province, for children from 18 months or 2 years, is home based, science based, best practices early intervention, so that the vast majority of children are never going to get to the Shamrock Farm Centre. The idea is to create children who are going to become taxpayers rather than wards of the state. The data are very clear that a large number of those children will go on to be independent. Those who are not independent will not cost the state as much because they are much more capable.

We have kind of a macabre joke in British Columbia, where we know some of these children who are getting ready to be cut off — we call them the \$300,000 men. We know that in a year or two they are going to cost the taxpayer \$300,000 a year, because the government is too stubborn to give maybe \$60,000 or \$70,000 for treatment for these people. So \$60,000, \$70,000 versus \$300,000: To most bureaucrats, \$300,000 makes more sense because it was their idea.

Au bout du compte, c'est le modèle sous contrat qui nous amène les problèmes. Le système est un système de soins de santé publique, mais les médecins relèvent du privé. Ils ont des numéros de facturation. En l'absence de ce mécanisme, il n'y a pas de normes. Ce qui se passe c'est qu'en l'absence de concurrence, le traitement devient du babysitting. Nous avons déjà vu cela par le passé, et c'est ce que je constate à nouveau.

Alors que nous sommes assis ici, cela recommence en Colombie-Britannique car à nouveau les grosses provinces ont cette infrastructure et la bureaucratie ne veut pas céder le pouvoir. Voilà de quoi il retourne. Dans les plus petites provinces, vous n'avez pas une bureaucratie enracinée — c'est un tout petit nombre de personnes. Il est plus facile pour les gens d'intervenir directement auprès des politiciens. Il est beaucoup plus facile de joindre votre premier ministre à Terre-Neuve ou à l'Île-du-Prince-Édouard qu'en Colombie-Britannique ou en Ontario. Voilà où réside le problème.

**Le président :** Il me faut vous dire que vous avez tout à fait raison. Vous mettez dans le mille. Nous devrions vous dire que la sénateur Callbeck est et ancienne ministre de la Santé et ancien premier ministre de l'Île-du-Prince-Édouard. Comme vous pouvez le constater, elle est tout à fait accessible.

**Mme Freeman :** Eh bien, je dis la vérité.

**Le sénateur Cook :** Mon histoire à moi est une bonne nouvelle. Je souhaiterais que tout le monde puisse voir le centre. C'est une ferme sise devant des collines derrière le nouveau complexe de centre de santé. Nous avons également un hôpital de soins tertiaires. Le Shamrock Farm Centre for Autism sera une ferme active. Il y aura des chevaux; il y a un étang. C'est un rêve qui se réalise et notre province le nourrit.

**Mme Freeman :** Sauf que nous ne pouvons pas faire de distinction entre logements et soins résidentiels pour le traitement. Il s'agit de deux choses différentes. En fait, ce qu'il vous faut dans votre province, pour les enfants âgés de 18 mois à deux ans, c'est une intervention précoce de pratiques exemplaires axées sur la science et centrées sur le foyer familial, afin que la grande majorité des enfants n'aboutissent jamais au Shamrock Farm Centre. L'idée est de produire des enfants qui deviendront des contribuables plutôt que des pupilles de l'État. Les données sont très claires : un nombre élevé de ces enfants vont devenir indépendants. Ceux qui ne le seront pas ne coûteront pas aussi cher à l'État parce qu'ils seront néanmoins plus capables.

Il se raconte en Colombie-Britannique une blague un peu macabre relativement à certains de ces enfants qui se préparent à être rayés de la liste — nous les appelons les hommes à 300 000 \$. Nous savons que d'ici un an ou deux, ils vont coûter aux contribuables 300 000 \$ par an, car le gouvernement est trop têt pour verser peut-être 60 000 \$ ou 70 000 \$ pour traiter ces personnes. Alors nous avons 60 000 \$ ou 70 000 \$ d'un côté et 300 000 \$ de l'autre. Dans l'esprit de la plupart des bureaucrates, 300 000 \$, c'est plus logique, parce que c'était leur idée.

**Senator Cook:** I understand your frustration with medicare. Mr. Chairman, that is a challenge for all of us to pick up. The formulae within medicare are not standard across this country.

**Ms. Freeman:** We do not have it — autism treatment is not included in medicare.

**Senator Cook:** So then we find a way to get in.

**Ms. Freeman:** We have to get persons with autism included. We talk about amending the Canada Health Act, but the politicians all say to us that it is political suicide to do that. Our response is that there needs to be a mental health parity act.

The bottom line is that we need to create legislation to change this. We cannot rely on the goodness of men and women. If you exchange the word “autism” for “black” or “Aboriginal,” you will understand what I mean. We cannot rely on that.

**Senator Cook:** You advocate federal legislation, and you clearly outlined it to my colleague Senator Cordy. This comes from a no-wherever position. If it is not possible to get the federal legislation to be a reality, is there a place in the strategy that would address the needs in whole or in part, if we were to take baby steps, or would you hold out for federal legislation or nothing?

**Ms. Freeman:** Unfortunately, we have been fighting within the provincial framework — because the medicare system is administered provincially.

**Senator Cook:** That is our problem.

**Ms. Freeman:** Yes. We have been fighting for 10 years province by province. We are getting nowhere. In the same way as the Prime Minister took a stand on same sex marriage — he said you cannot pick and choose when it comes to the Charter — we have to be fair and equal in this country. If you can take a moral stand on same sex marriage, you have got to be able to take a moral stand on the rights of disabled people and mentally ill people. You have to. Why should gays and lesbians have rights that are more legitimate than the most vulnerable in our society? Mr. Martin cannot pick and choose with the Charter.

**Senator Trenholme Counsell:** Under the Canada Health and Social Transfer, the federal government transfers funds to the provinces — and it is never enough money; I understand that. However, if your child goes first to a family doctor and then to a paediatrician, maybe a neurologist, that is all covered. In terms of the early intervention services that any child with a problem gets — I know they are not enough that is funded under the Canada Health and Social Transfer. That is important. That money is

**Le sénateur Cook :** Je comprends votre frustration en ce qui concerne l'assurance-maladie. Monsieur le président, c'est là tout un défi à relever par nous tous. Les formulaires en matière de soins de santé ne sont pas uniformes à l'échelle du pays.

**Mme Freeman :** Nous n'avons pas cela — le traitement de l'autisme n'est pas couvert par l'assurance-maladie.

**Le sénateur Cook :** Alors il nous faut trouver un moyen d'y arriver.

**Mme Freeman :** Il nous faut faire en sorte que les personnes atteintes d'autisme y soient incluses. Nous avons parlé de modifier la Loi canadienne sur la santé, mais tous les politiciens nous disent que ce serait suicidaire, sur le plan politique, de le faire. Notre réponse est qu'il faut qu'il y ait une loi de parité pour la santé mentale.

En fait, ce qu'il nous faut c'est créer une loi pour changer cela. Nous ne pouvons pas compter sur la bonté des hommes et des femmes. Si vous remplacez le mot « autistique » par « noir » ou « autochtone », vous comprendrez ce que je veux dire. Nous ne pouvons pas compter là-dessus.

**Le sénateur Cook :** Vous revendiquez une loi fédérale et vous l'avez clairement expliqué à ma collègue, le sénateur Cordy. Cela découle d'une position non-n'importe où. S'il n'est pas possible de faire en sorte qu'une loi fédérale en la matière devienne réalité, y a-t-il une place dans la stratégie qui réglerait les besoins, en tout ou en partie, si nous prenions de petits pas, ou bien résisteriez-vous pour obtenir une loi fédérale ou rien du tout?

**Mme Freeman :** Malheureusement, nous nous débattons à l'intérieur du cadre provincial — car l'assurance-maladie est administrée par les provinces.

**Le sénateur Cook :** C'est notre problème.

**Mme Freeman :** Oui. Nous luttons depuis dix ans, province par province. Cela n'aboutit à rien. Tout comme le premier ministre a pris position sur le mariage gai — il a dit que l'on ne peut pas être sélectif s'agissant de la Charte — il nous faut être justes et égaux dans ce pays. Si vous pouvez adopter une position morale sur le mariage gai, alors vous devez pouvoir adopter une position morale sur les droits des personnes handicapées ou souffrant de maladie mentale. Vous n'avez pas le choix. Pourquoi les gais et les lesbiennes auraient-ils des droits qui sont plus légitimes que ceux des plus vulnérables dans notre société? M. Martin ne peut pas être sélectif s'agissant de la Charte.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, le gouvernement fédéral transfère des fonds aux provinces — et ce n'est jamais suffisant; je comprends cela. Cependant, si votre enfant est d'abord vu par un médecin de famille, puis par un pédiatre, et peut-être alors par un neurologue, tout cela est couvert. Pour ce qui est des services d'intervention précoce dont bénéficie tout enfant ayant un problème — je sais qu'il n'y a pas



under it is not the Canada Health Act; it comes under the Canada Health and Social Transfer payment to each province from the federal government. So there is coverage:

**Ms. Freeman:** I am not here saying we need more money. That is not the issue here. The money needs to be used efficiently and it needs to be earmarked. For children with autism, in terms of early intervention, you cannot have generic early intervention; it is inefficient and it does not work.

**Senator Trenholme Counsell:** No, but I am just saying certainly our colleague, as Senator Callbeck would understand this, there is a lot of money going into all of these things, not enough to cover behavioural services.

**Ms. Freeman:** I would disagree. I actually think there is enough money in the system today to cover this completely. It is being mismanaged to the left and to the right. I will give you an example.

**Senator Trenholme Counsell:** What is happening in Europe?

**Ms. Freeman:** In Europe, it depends on the country. France is in the Dark Ages, because they come from a different psychoanalytic philosophy. If you have a child with autism in England, you are in much better shape than you are in Canada. There is absolutely no doubt about it. Other countries are going that way slowly. Norway and Sweden are better. I do not know what the situation is in Germany. Obviously, we are talking about a completely different situation in the Third World.

Here is the issue. In the United States, for example, from age three a child is all of a sudden the responsibility of the school district. The school districts did not know what to do about this, because all of a sudden a child needs an analysis, so parents sued down there. Seventy-five per cent of court cases down there won. All of a sudden, from age three, every child would receive \$60,000, \$70,000, sometimes \$80,000 for treatment from the school system. Now, it is not that it is an educational issue, but because they did not have a health care system, that is how the parents did it.

Parents of 18 months olds, in wondering what to do about their children, sued health care providers. In New York, actually, they won a class action suit. New York State Department of Health established clinical practice guidelines — best practices — and children receive it.

They also have Medicaid waivers in United States. What they do is they redefine a child as being poor and dependent, because the child does not bring in an income, and then they get a Medicaid waiver which pays for treatment.

suffisamment de choses qui sont financées au titre du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Cela est important. Cet argent ne relève pas de la Loi canadienne sur la santé; cela relève du paiement de transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui est versé par le fédéral à chaque province. Il y a donc une couverture.

**Mme Freeman :** Je ne suis pas venue ici pour dire qu'il nous faut plus d'argent. Là n'est pas la question. L'argent doit être utilisé de façon efficiente et doit être ciblé. Dans le cas des enfants autistiques, s'agissant de l'intervention précoce, vous ne pouvez pas avoir une intervention précoce générique; c'est inefficace et ne donne pas de résultats.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Non, mais je dis simplement, et la sénateur Callbeck comprendra cela, qu'il y a beaucoup d'argent versé dans toutes ces choses, mais pas assez pour couvrir les services d'intervention comportementale.

**Mme Freeman :** Je ne suis pas d'accord. Je pense qu'il y a en fait à l'heure actuelle dans le système suffisamment d'argent pour couvrir cela complètement. C'est simplement que l'argent est mal géré à droite et à gauche. Je vais vous donner un exemple.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Que se passe-t-il en Europe?

**Mme Freeman :** En Europe, tout dépend du pays. La France est à l'âge des ténèbres, parce qu'elle s'inscrit dans une philosophie psychoanalytique différente. En Angleterre, si vous avez un enfant autistique, vous êtes beaucoup mieux placé qu'au Canada. Il n'y a absolument aucun doute là-dessus. D'autres pays abondent lentement dans le même sens. La situation est meilleure en Norvège et en Suède. J'ignore quelle est la situation en Allemagne. Clairement, l'on parle d'une situation complètement différente dans le tiers-monde.

Voici quelle est la situation. Aux États-Unis, par exemple, dès l'âge de trois ans, l'enfant est tout d'un coup la responsabilité du district scolaire. Les districts scolaires ne savaient pas quoi faire de la situation, car tout d'un coup un enfant avait besoin d'une analyse, alors les parents lançaient des poursuites. Soixante-quinze pour cent des poursuites ont abouti. Tout d'un coup, dès l'âge de trois ans, chaque enfant recevait du système scolaire 60 000 \$, 70 000 \$, parfois 80 000 \$ pour un traitement. Ce n'est pas qu'il s'agit d'une question d'éducation, mais du fait qu'il n'y avait pas de système de soins de santé, c'est ainsi que les parents s'y sont pris.

Des parents d'enfants âgés de 18 mois, ne sachant pas comment ils allaient faire, ont intenté une action contre les prestataires de soins de santé. À New York, ils ont en fait gagné dans le cas d'un recours collectif. Le New York State Department of Health a établi des lignes directrices en matière de pratiques cliniques — de pratiques exemplaires — et les enfants en bénéficient.

Ils ont également aux États-Unis des exemptions de Medicaid. Ce qu'ils font, c'est qu'ils redéfinissent un enfant comme étant pauvre et dépendant, l'enfant n'ayant pas de revenu, et ils obtiennent ainsi une exemption de Medicaid qui paye pour le traitement.

We have a health care system. We do not need to do these gymnastics. We just need to make sure that the health care system — that money is apportioned to the right place, because there is an awful lot of inefficiency in the system right now. I mean, the school districts have a huge amount of money.

**Senator Cook:** Mr. Ross, you say you were involved in a pilot for Canada to develop a national suicide prevention strategy and to create a Canadian Distress Line Network and an accreditation process for the volunteers who work with you. Is there a place for this within a national mental health strategy?

**Mr. Ross:** Yes. We felt that we as leaders in crisis intervention and suicide prevention have to really stand up and draw out the continuum that can be connected to a national mental health/mental illness strategy. Ours is to focus on a continuum with all the services that are involved, and many of those services are mental health services. Our strategy is something that we focus on because we have a national mandate for suicide prevention. We see our continuum as very malleable or flexible, to fit into other structures.

Until the mental health strategy becomes a reality, we thought we really cannot wait with our focus. In November, at the national conference in Edmonton, we approved our document. We met last week in Ottawa and were working on the implementation piece and the money involved in what it would take to pull a strategy like this off. So that is where we are with this strategy.

**Senator Cook:** So we work toward a seamless delivery of services?

**Mr. Ross:** That is it.

**Senator Cook:** In terms of addictions and mental health being an integral part of the other, how do you see seamless delivery taking place? How do you see that happening? Is there a need for capacity building here? What are the gaps? Where do we need to move so that we can be as one with those two issues?

**Mr. Hoffman:** That is a really tough question. I struggled with that when I was doing my report. I have struggled with it since the day I walked in the door. There is definitely a disconnect between the approaches to both issues. I do not know if an answer even exists at the moment, because the people who are the experts in addiction have limited understanding of the issues surrounding mental illness, and vice versa. We have been talking about it for quite some time, I agree. However, there has been very little done in the way of action or cross-training or whatever has to happen so that one body can approach both problems and deal with them. I think there needs to be a curriculum strategy set up for that, yes. As well, there needs to be much more assessment of the correlation between the two.

Nous avons un système de soins de santé. Nous n'avons pas besoin de ces acrobaties. Il nous faut simplement veiller à ce que le système de soins de santé — à ce que l'argent soit affecté au bon endroit, car il y a à l'heure actuelle dans le cadre du système énormément d'inefficience. Ce que je veux dire par là c'est que les districts scolaires disposent d'énormément d'argent.

**Le sénateur Cook :** Monsieur Ross, vous avez dit être engagé dans un projet pilote pour le Canada visant l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide et la création d'un réseau canadien de lignes d'écoute-secours et d'un processus d'accréditation pour les bénévoles travaillant avec vous. Y a-t-il place pour cela à l'intérieur d'une stratégie nationale en matière de santé mentale?

**M. Ross :** Oui. Nous avons pensé qu'en tant que leaders en intervention en situation de crise et en prévention du suicide il nous fallait nous lever et établir le continuum pouvant être rattaché à une stratégie nationale de santé mentale/maladie mentale. Notre objet est de nous concentrer sur un continuum avec tous les services intéressés, et nombre de ces services sont des services de santé mentale. Nous nous concentrons sur notre stratégie car nous avons un mandat national de prévention du suicide. Nous voyons notre continuum comme étant malléable et flexible, pouvant cadrer dans d'autres structures.

En attendant que la stratégie de la santé mentale devienne une réalité, nous avons pensé que nous ne pouvions pas nous permettre d'attendre quant au reste de notre travail. En novembre, lors de la conférence nationale tenue à Edmonton, nous avons approuvé notre document. Nous nous sommes réunis la semaine dernière à Ottawa et avons œuvré à l'aspect mise en œuvre et au financement nécessaire pour réaliser une telle stratégie. Voilà où nous en sommes en ce qui concerne cette stratégie.

**Le sénateur Cook :** Nous devons donc travailler en vue d'une prestation de services sans coupure?

**M. Ross :** C'est cela.

**Le sénateur Cook :** Les problèmes de toxicomanie et les problèmes de santé mentale étant imbriqués les uns dans les autres, comment voyez-vous cette prestation sans coupure se faire? Comment envisagez-vous la chose? Importe-t-il ici de bâtir une capacité? Quels sont les écarts à combler? Que devons-nous faire afin que ces deux aspects fusionnent?

**M. Hoffman :** C'est là une question très difficile. Je me suis débattu avec cela lorsque je faisais mon rapport. Je me débats avec depuis le jour où j'ai poussé la porte. Il y a définitivement un décalage entre les approches aux deux questions. J'ignore même s'il existe en ce moment une réponse, car les experts en matière de toxicomanie ont une compréhension limitée des problèmes en matière de maladie mentale, et inversement. Je conviens que nous en parlons depuis quelque temps déjà. Cependant, il ne s'est pas fait grand-chose s'agissant de mesures concrètes, de formation polyvalente ou autre de façon à ce qu'un organe puisse aborder les deux problèmes et en traiter. Je pense qu'il importe en effet que soit élaborée en la matière une stratégie de curriculum. Il importe par ailleurs qu'il se fasse une évaluation plus poussée de la corrélation entre les deux choses.



I have a report on my desk from the Internet, the headline of which reads: "Marijuana Causes Mental Illness." It is the result of a study done in the United States commissioned by some people who obviously had their own agenda. The study does say that there is a correlation between marijuana use and mental illness. It says that marijuana causes mental illness. The report never did differentiate whether the chicken came first or the egg came first.

**Senator Cook:** I will just end by saying that it took us 10 years to establish a collaborative nursing program in our province and the people who are part of that program now think it was always there. We move forward.

[Translation]

**Senator Pépin:** In the documents you have tabled with us, you promote suicide prevention nationally. Several countries have this type of strategy. Canada is joining them in moving in this direction.

On page 14 of the document, you dwell upon the importance of a suicide prevention program as well as on local, regional and provincial differences. You also make mention of several strategies depending upon the group targeted, be it the Inuit, the Metis, the mentally-ill or gay and lesbians. You emphasize those groups that would be more at risk.

The question that comes to my mind is the following: Would it be preferable for us to have a pan-Canadian national strategy, in other words that the federal government develop a standard plan, or national standards and that afterwards the provinces set up their own programs.

Which would be the best method in order for us to have a similar strategy throughout the country? Do you believe that that would be the way to go about this or is there some other more effective method?

[English]

**Mr. Ross:** I think we have come up with a strategy that includes people from the North, from Iqaluit, from Quebec, from New Brunswick. The Canadian Distress Line Network team, which is a council that has actually developed this whole project, has a blueprint strategy that has been developed considering different populations that may have higher suicide rates or lower suicide rates.

We are trying to build a structure that will include everybody. Every province and every region will have access to one common way of operating, which is a huge challenge because I know there are various provinces that are ahead of other provinces in, say, school-based programs compared to distress line services. We are at the process right now of trying to define distress and define crisis and the whole idea of the model — whether a professional picks up the phone or a volunteer picks up the phone. That is an issue that we have wrestled with and we have come down to

J'ai sur mon bureau un rapport que j'ai obtenu sur l'Internet, et dont le titre est : « La marijuana cause la maladie mentale ». Cela résulte d'une étude faite aux États-Unis à la demande de certains qui ont manifestement en tête un programme bien particulier. L'étude dit qu'il y a une corrélation entre la consommation de marijuana et la maladie mentale. Elle dit que la marijuana provoque la maladie mentale. Le rapport ne dit pas ce qui est venu en premier, la fameuse histoire de l'œuf et de la poule.

**Le sénateur Cook :** Je conclurai simplement en disant qu'il a fallu dix ans pour établir dans notre province un programme concerté de soins infirmiers, et ceux et celles qui en font aujourd'hui partie pensent que ce programme a toujours été là.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Dans les documents que vous nous avez remis, vous faites la promotion de la prévention du suicide à l'échelle nationale. Plusieurs pays se sont dotés d'une telle stratégie. Le Canada se rallie dans cette direction.

À la page 14 de ce document, vous insistez sur l'importance d'un programme de prévention du suicide ainsi que sur les différences locales, régionales et provinciales. Vous faites aussi mention de différentes stratégies dépendant de quel groupe on applique cette stratégie, que ce soit les Inuits, les Métis, les personnes qui souffrent de maladie mentale ou les gais et lesbiennes. Vous insistez sur les groupes qui seraient les plus à risque.

La question qui me vient à l'esprit est la suivante : serait-il préférable que l'on ait une stratégie nationale pancanadienne, c'est-à-dire que le gouvernement fédéral élabore un plan standard, ou des standards nationaux et que, par la suite, les provinces établiraient leur propre programme.

Quelle serait la meilleure méthode pour que l'on ait une stratégie semblable, partout ? Est-ce que vous pensez que ce serait la façon de faire ou une autre méthode serait-elle plus efficace ?

[Traduction]

**M. Ross :** Je pense que nous avons élaboré une stratégie qui a inclus les gens du Nord, d'Iqaluit, du Québec, du Nouveau-Brunswick. L'équipe du réseau canadien de lignes d'écoute-détresse qui est un conseil qui a en vérité élaboré tout ce projet, a un plan stratégique qui tient compte des différentes populations pouvant afficher des taux de suicide supérieurs ou inférieurs.

Nous nous efforçons d'établir une structure qui englobera tout le monde. Chaque province et chaque région aura accès à un mode de fonctionnement commun, ce qui est un défi énorme car je sais qu'il y a plusieurs provinces qui sont en avance par rapport à d'autres sur le plan, mettons, programmes scolaires, comparativement aux services de ligne d'écoute. Nous sommes en ce moment en train d'essayer de définir la détresse et de définir les situations de crise et toute l'idée du modèle — selon que ce soit un professionnel ou un bénévole qui prend l'appel. C'est une

believe that there is a real value in utilizing volunteers who are supported by professionals. We have looked at that and we have wrestled with that.

In British Columbia, there is a nurses helpline. The various provinces have those helplines. Professionals answer the phone 24 hours a day. I think it is a \$10-million service that British Columbians have. That is a good service. However, we think there is room for a volunteer-answered line that is supported by professionals. It is different than, say, the Kids Help Phone, which is a good service that is being answered all across the country out of Toronto. They have a \$10-million budget, and they provide that service for kids who want to get professional service.

In developing the blueprint, we have looked at that whole strategy and tried to figure out where our distress line network fits in. It will vary from province to province on how it is rolled out. We want to have common standards, common best practices that we in fact agree to.

In that community development model, where you start from the top down to develop a network, in the second layer you look at how do you operate within a very diverse group like we have in Canada. In the third and final phase, the power and the authority stay in the regions. In this phase, however, there is a common national strategy and common national standards that then will be tied into a Canadian accreditation process, which we hope will become beyond Canadian. Our goal for the accreditation process is that it will become international, as opposed to American or Canadian. The fourth chapter of my presentation was to talk about the Canadian Distress Line Network and connecting to an international accreditation system. We have to think of where we fit within an international system.

I do not know if that answers your question.

**Senator Gill:** I wish to ask you some questions about Aboriginals. There are Aboriginals on the streets here in Vancouver — and probably quite a few in jail, too, if there is anything like Saskatchewan and Manitoba.

**Mr. Ross:** Aboriginals are over-represented in the jails, yes.

**Senator Gill:** Does your organization offer services to Aboriginal people?

**Mr. Hoffman:** Senator, we have and have had for some time an Aboriginal self-help group in existence. It is administered by one of our board members, who is also an Aboriginal.

**Mr. Ross:** From our perspective, we have obviously a focus of Aboriginals on the Canadian Association for Suicide Prevention board. Because of the high suicide rates of Aboriginal populations, First Nations populations, and other populations

question au sujet de laquelle nous nous sommes débattus et nous en sommes arrivés à la conclusion qu'il est vraiment précieux de pouvoir compter sur des bénévoles qui soient appuyés par des professionnels. Nous nous sommes penchés sur la question et l'avons longuement décortiquée.

En Colombie-Britannique, il y a un service de conseils d'infirmière. Différentes provinces ont des lignes du genre. Des professionnels répondent au téléphone 24 heures par jour. Je pense qu'en Colombie-Britannique c'est un service qui coûte 10 millions de dollars. C'est un bon service. Nous pensons néanmoins qu'il y a de la place pour une ligne de réponse offerte par des bénévoles appuyés par des professionnels. C'est différent de la ligne Jeunesse j'écoute, par exemple, qui est un bon service offert à l'échelle du pays à partir de Toronto. Il a un budget de 10 millions de dollars et il offre ce service aux enfants qui veulent avoir un service professionnel.

Dans l'élaboration de notre plan, nous avons visé une stratégie d'ensemble et essayé de voir où s'insérerait notre réseau de lignes d'écoute-secours. La façon dont le service est offert variera d'une province à l'autre. Nous voulons avoir des normes communes, des pratiques exemplaires communes auxquelles nous adhérons tous.

Dans le cadre du modèle de développement communautaire, où vous commencez depuis le haut à bâtir un réseau, au deuxième niveau, vous cherchez à déterminer comment fonctionner dans le cadre du groupe très diversifié que nous avons au Canada. Dans la troisième et dernière phase, le pouvoir et l'autorité demeurent en région. Dans cette phase, cependant, il y a une stratégie nationale commune et des normes nationales communes qui seront alors rattachées à notre processus d'accréditation dont nous espérons qu'il deviendra proprement canadien. Notre objectif en ce qui concerne le processus d'accréditation est qu'il devienne international, par opposition à américain ou canadien. Le quatrième chapitre de mon exposé portait sur le réseau canadien de lignes d'écoute-détresse et son raccordement au système d'accréditation internationale. Il nous faut réfléchir à notre place au sein d'un système international.

J'ignore si cela répond à votre question.

**Le sénateur Gill :** J'aimerais vous poser des questions au sujet des Autochtones. Il y a des Autochtones dans la rue ici à Vancouver — et il y en a sans doute bon nombre en prison, également, si la situation ressemble à ce qu'elle est en Saskatchewan et au Manitoba.

**M. Ross :** Oui, les Autochtones sont surreprésentés dans les prisons.

**Le sénateur Gill :** Votre organisation offre-t-elle des services aux Autochtones?

**M. Hoffman :** Sénateur nous avons, et ce depuis quelque temps, un groupe autochtone d'auto-assistance. Il est administré par un membre de notre conseil d'administration, qui est lui aussi autochtone.

**M. Ross :** En ce qui nous concerne, nous mettons bien sûr l'accent sur les Autochtones au sein du conseil d'administration de l'Association canadienne pour la prévention du suicide. Du fait des taux de suicide élevés chez les populations autochtones, les



like gay/lesbian, we really have to focus on those services because we want to provide access to our services that are common. With the First Nations in B.C., we helped the Squamish Nation on the North Shore, which is right across North Vancouver from here, build their own crisis line using our material. The crisis centre in Vancouver is the backup to their line when they do not have volunteers and staff to man that line.

My background is not First Nations. A lot of First Nations people, Punjabis, Asians, et cetera, also live in British Columbia, so there are lines that we connect to and we are the backup for a lot of those lines.

We have First Nations people on our board of directors. Our board obviously decides on general policy and direction of the organization. It is critical that we do not kind of miss out any group.

We can learn a lot from First Nations and the way they operate. At our national conference two years ago in Iqaluit, Nunavut, we learned a lot about how they deal with suicide. Some of their best practices we can actually use. It is very important.

**Senator Gill:** You are of the impression that it has been divided province by province, north and south, and this kind of thing.

**Mr. Ross:** In British Columbia, I worked for the Vancouver Crisis Centre. We are one of five partners in the B.C. Distress Line Network. In Canada, we divide Canada into those six regions and each of those six regions is now at the table and we are trying to work on it. The big cities we have enough business, but if you think of the other parts of the province, other than Vancouver, other cities, it is very important that we have a pan-Canadian strategy for how we talk to each other, how we communicate, how we build best practice.

**The Chairman:** I want to thank all of you for attending here. We took more of your time, but that always seems to happen.

I would invite our next panel to come to the table: Mr. Howard Sapers, who is the Correctional Investigator of Canada, which effectively is the prisoners' ombudsman, and Ms. Natalie Neault, the director of investigations with the Office of the Correctional Investigator of Canada.

They have given us their annual report, as well as a handout. I just looked at some of your statistics, and they blew my mind.

Howard, please proceed.

populations des Premières nations et d'autres populations comme les gais/lesbiennes, il nous faut vraiment nous concentrer sur ces services car nous voulons offrir un accès à nos services qui soit commun. En ce qui concerne les Premières nations en Colombie-Britannique, nous avons aidé la Nation Squamish de la rive nord, qui est juste en face de Vancouver Nord, et nous y avons monté leur propre ligne de crise en utilisant notre matériel. Le centre de crise à Vancouver est leur service de secours lorsqu'ils n'ont pas suffisamment de bénévoles et de personnel pour répondre aux appels qui leur viennent.

Je ne suis pas spécialiste des Premières nations. Beaucoup de membres des Premières nations, de Punjabis, d'Asiatiques, et cetera, vivent en Colombie-Britannique et il y a donc différentes lignes auxquelles nous sommes raccordés et pour lesquelles nous sommes le service de secours.

Nous comptons des membres des Premières nations parmi notre conseil d'administration. C'est notre conseil, bien sûr, qui décide de la politique générale et de l'orientation de l'organisation. Il est essentiel que nous ne passions pas à côté d'un quelconque groupe.

Nous pouvons apprendre beaucoup des Premières nations et de leur façon de fonctionner. Lors de notre conférence nationale tenue il y a deux ans, à Iqaluit, au Nunavut, nous avons beaucoup appris sur ce qu'ils font face au suicide. Nous pouvons en fait utiliser certaines de leurs pratiques exemplaires. Cela est très important.

**Le sénateur Gill :** Vous avez l'impression que cela a été divisé province par province, selon un axe nord-sud, et ainsi de suite.

**M. Ross :** En Colombie-Britannique, j'ai travaillé pour le Vancouver Crisis Centre. Nous sommes un partenaire parmi les cinq que compte le B.C. Distress Line Network. Au niveau national, nous divisons le Canada en six régions et chacune d'entre elles est maintenant à la table et nous nous efforçons de travailler ensemble. Dans les grandes villes, nous avons suffisamment d'activités, mais s'agissant des autres parties de la province, en dehors de Vancouver, d'autres villes, il est très important que nous ayons une stratégie pancanadienne régissant la façon dont nous communiquons entre nous, dont nous établissons nos pratiques exemplaires.

**Le président :** Je tiens à vous remercier tous d'être venus nous rencontrer. Nous avons pris plus de votre temps que prévu, mais il semble que ce soit toujours le cas.

J'invite maintenant à venir s'asseoir à la table nos témoins suivants : M. Howard Sapers, enquêteur correctionnel du Canada, qui est en définitive l'ombudsman des détenus, et Mme Natalie Neault, directrice des enquêtes au Bureau de l'Enquêteur correctionnel du Canada.

Nos témoins nous ont remis leur rapport annuel ainsi qu'un texte à distribuer. Je viens de jeter un coup d'œil sur certaines de vos statistiques, et j'en suis abasourdi.

Allez-y, je vous prie, Howard.

**Mr. Howard Sapers, Correctional Investigator of Canada, Office of the Correctional Investigator Canada:** Mr. Chairman, I was appointed Correctional Investigator for Canada last April. With me is one of our two directors of investigation, Nathalie Neault. I will be running through the presentation and Nathalie is here to answer all the difficult questions. I would not leave home without her.

I want to thank you first of all for this undertaking and for inviting us. Mental health and corrections has been a particular interest of mine and a focus of my office for many years. This is an opportunity we would not miss, and so we thank you for the invitation.

I will very quickly just go over the function of the Office of the Correctional Investigator, established under section 167(1) of the Corrections and Conditional Release Act, CCRA. The office is an ombudsman, Mr. Chairman, as you said, for federal offenders. My office investigates and attempts to resolve offender complaints that affect offenders individually or as a group. We do have the mandate to not only respond to complaints but also to investigate under our own motion. The decision on whether to proceed with an investigation lies exclusively with my office as does the manner of that investigation. We have a responsibility to make recommendations to the correctional service on their policies and procedures, their acts or their omissions.

There is a staff in the office of about two dozen. That staff last year dealt with about 8,000 complaints. They visit correctional institutions on average about once every three months — and I am talking about every correctional centre in the country. In the past fiscal year, the staff spent about 425 days inside those institutions meeting with staff and with inmates. They held about 2,500 individual meetings with inmates in those correctional centres. Hence, the workload is tremendous. There is a tremendous body of experience in the office.

Our mandate primarily is to be an objective and neutral investigator to determine whether the decision or the action of the correctional service is in compliance with CCRA and whether the policies and procedures as they are applied are fair and reasonable and according to law.

CCRA follows many of Canada's international agreements to provide essential health care. The act specifies that an offender will have the benefit of reasonable access to mental health services that will contribute to his or her successful reintegration into the community. In fact, section 86 of the CCRA act states that the service shall provide every inmate with "reasonable access to non-essential mental health care that will contribute to the inmate's rehabilitation and successful integration into the community."

**M. Howard Sapers, enquêteur correctionnel du Canada, Bureau de l'enquêteur correctionnel Canada :** Monsieur le président, j'ai été nommé enquêteur correctionnel du Canada en avril dernier. Je suis accompagné de l'un de nos deux directeurs d'enquête, Nathalie Neault. Je vais faire la présentation et Nathalie sera là pour répondre aux questions difficiles. Je n'irais nulle part sans elle.

Je veux vous remercier tout d'abord de cette entreprise que vous avez engagée et de votre invitation. La santé mentale dans le milieu correctionnel est un sujet qui m'intéresse particulièrement et constitue l'un des centres d'intérêt de mon Bureau depuis de nombreuses années. C'est une occasion que nous n'aurions voulu manquer pour rien au monde et nous remercions donc de nous avoir invités.

Je vais très rapidement passer en revue le rôle du Bureau de l'Enquêteur correctionnel, créé en vertu du paragraphe 167(1) de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, la LSCMLC. Le Bureau joue le rôle de médiateur, monsieur le président, comme vous l'avez dit, pour les contrevenants fédéraux. Mon bureau fait enquête sur les plaintes des détenus, individuelles ou collectives, et tente de trouver un règlement. Nous avons pour mandat non seulement de répondre aux plaintes mais aussi de faire enquête de notre propre initiative. La décision d'ouvrir une enquête appartient exclusivement à mon Bureau, de même que la détermination de ses modalités. Il nous incombe de formuler des recommandations au Service correctionnel sur ses politiques et procédures, ses actes ou ses omissions.

Le Bureau compte environ deux douzaines d'employés. Cet effectif a traité, l'an dernier, environ 8 000 plaintes. Nous visitons les établissements correctionnels en moyenne une fois tous les trois mois — et je parle là de chaque établissement correctionnel du pays. Au cours du dernier exercice, notre personnel a passé environ 425 jours à l'intérieur de ces établissements à rencontrer des gardiens et des détenus. Il a eu environ 2 500 entretiens personnels avec des détenus de ces établissements. C'est donc une charge de travail énorme. Le Bureau accumule une masse d'expérience énorme.

Notre mandat consiste principalement à être un enquêteur objectif et neutre afin de déterminer si telle décision ou action du service correctionnel est conforme à la loi et si les politiques et procédures appliquées sont justes et raisonnables et conformes à la loi.

La LSCMLC exécute nombre des accords internationaux signés par le Canada en matière de soins de santé essentiels. La loi spécifie qu'un détenu a droit à un accès raisonnable à des services de santé mentale qui puissent contribuer à sa bonne réinsertion dans la société. De fait, l'article 86 de la loi stipule que le Service doit « veiller à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale ».



There is not a lot of consistent accurate historical data on mental health and corrections. We do have some statistics to share, and we do have some experience, but I can tell you that one of the deficits is finding consistently collected information that is analyzed in a neutral way.

We do know a few things. Incarcerated offenders have a substantially higher prevalence of mental disorders when compared with the general public. Not only is the prevalence higher for incarcerated offenders but the rate of mental disorder is increasing. A comparison between admissions to federal institutions in 1967 and then again in March 2004 indicates that there has been a 60 per cent increase in the number of offenders with mental disorders. It breaks down as follows: 57 per cent for male and 65 per cent for female. The prevalence increases to nearly 84 per cent if we include substance abuse in those figures.

Let me put that in some context. We are dealing with about 12,500 federally incarcerated offenders. About 400 of those would be women. In general across Canada, there is probably an incarcerated population of about 30,000. That would include provincial jails, remand centres and, of course, the federal institutions. I do not know what the community corrections caseload is for the provincial systems. There are about 7,500 and 8,000 federal offenders under supervision in the community at any one time. Hence, when I talk about percentages, that is the population base I am referring to.

Since 1997, there has been an almost 80 per cent increase in admissions for offenders who were on prescribed medication at the time that they were taken into the correctional centre.

**The Chairman:** By "prescribed medication," do you mean medication for mental illness, or do you mean medication for other conditions, such as high cholesterol, or whatever?

**Mr. Sapers:** It is an increase of all medications. One of the difficulties we have is getting that kind of a breakdown from the service.

Overall, 14 per cent of inmates, just prior to their incarceration, had recent psychiatric or psychological treatment — 14 per cent. Mentally ill offenders are typically afflicted with more than one disorder, often psychiatric and substance abuse, and they present a need for a broad range of services. I am sorry that I do not have an accurate estimate of the co-morbidity.

As part of the intake assessment, an offender admitted into a federal institution will be assessed on the following factors: mental ability and functioning, diagnosis of a mental disorder, prescribed medication, and psychiatric hospitalization. These factors are assessed by asking questions directly to the offender through a file review. There is a lot of potential for error and gaps.

Il n'existe pas beaucoup de données historiques précises et uniformes sur la santé mentale en milieu correctionnel. Nous avons quelques statistiques à vous communiquer et nous avons une certaine expérience, mais je peux vous dire que l'une des difficultés c'est de trouver des données comparables qui soient analysées de manière neutre.

Nous savons un certain nombre de choses. Les contrevenants incarcérés connaissent une prévalence de troubles mentaux sensiblement plus élevée que la population générale. Non seulement la prévalence est-elle plus forte chez les détenus, mais le taux de troubles mentaux va également croissant. Une comparaison entre les admissions dans les établissements fédéraux en 1967 et en mars 2004 fait apparaître une augmentation de 60 p. 100 du nombre de détenus atteints de troubles mentaux. La ventilation par sexe est la suivante : 57 p. 100 pour les hommes et 65 p. 100 pour les femmes. La prévalence passe à presque 84 p. 100 si l'on englobe dans ces chiffres l'abus de substances.

Permettez-moi de placer ces chiffres en contexte. Nous parlons là d'une population carcérale fédérale de 12 500 personnes dont environ 400 sont des femmes. En général, au Canada, la population carcérale est d'environ 30 000 personnes. Cela englobe les prisons provinciales, les centres de détention provisoire et, bien sûr, les pénitenciers fédéraux. Je ne sais pas quel est le volume des cas des services correctionnels communautaires provinciaux, mais il y a environ 7 500 à 8 000 délinquants fédéraux sous supervision dans la collectivité à tout moment. Aussi, lorsque je parle de pourcentages, voici la population de référence applicable.

Depuis 1997, il y a eu une augmentation de près de 80 p. 100 du nombre de délinquants prenant des médicaments sur ordonnance à leur arrivée au centre correctionnel.

**Le président :** Par « médicament sur ordonnance », entendez-vous des médicaments pour maladie mentale ou bien des médicaments pour d'autres troubles, tels que cholestérol élevé, ce genre de chose?

**M. Sapers :** Pour tous les types de maladie. L'une des difficultés que nous avons, c'est justement d'obtenir ce genre de ventilation du Service.

Dans l'ensemble, 14 p. 100 des détenus, juste avant leur incarcération, ont suivi un traitement psychiatrique ou psychologique — 14 p. 100. Ces délinquants sont typiquement atteints de plus d'un trouble, souvent psychiatrique, doublé d'abus de substances, et ils ont besoin d'un large éventail de services. Je regrette de ne pas avoir une estimation fiable de la co-morbidity.

Dans le cadre de l'évaluation à l'arrivée, les éléments suivants sont examinés chez les détenus fédéraux : aptitude et fonctionnement mental, diagnostic de troubles mentaux, médicaments prescrits, hospitalisation psychiatrique. Ces facteurs sont déterminés au moyen de questions posées directement au détenu après examen du dossier. Cela laisse place à beaucoup d'erreurs et de lacunes.

The current mental health assessments deal with the following: Is there an immediate risk to the offender or to others? Is there a need for psychotropic medication? Does the offender require inpatient psychiatric treatment? These current mental health assessments are referral-driven and these three criteria will determine whether the offender can benefit from mental health services at a treatment centre.

Correctional Service of Canada — CSC — does have treatment centres in all five of its regions. These centres provide risk assessments when the offender is identified according to those criteria as being an immediate risk. They admit the offender on a short-term basis only, to change or adjust their medication and also provide inpatient treatment for an offender who is diagnosed with a psychiatric disorder.

CSC currently has bed space in their treatment centres to respond to the needs of less than 6 per cent of the inmate population. The service's own estimates are that the need is for about 12 per cent. So, current capacity is less than 50 per cent of identified need. Keep in mind that that need is identified again largely through self-reporting. So our experience is that it is vastly underestimated.

CSC also has recognized that two of their treatment centres, the Regional Treatment Centre in Kingston and the Shepody Treatment Centre in Dorchester, New Brunswick, are hindered in their ability to provide adequate treatment for inmates because of their physical configuration. They need to be replaced by appropriate facilities and be accredited.

During our visits to institutions, we see an increasing number of offenders in federal institutions who have fallen below the radar screen and who have been transferred to their parent institution without their mental health needs being fully assessed. We see these offenders predominantly in segregation units of maximum security institutions. For those of you not familiar with federal corrections, that population, those in segregation in maximum security institutions, would have the most restricted access to programs, to visit, to exercise. They are under lock-up 23 hours. It is a highly restricted environment.

Those offenders tend to be intellectually challenged or they present behavioural problems, learning disabilities and/or symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, or fetal alcohol spectrum disorder, FASD. These categories are of course not mutually exclusive. Data obtained from youth facilities across Canada estimate that about 22 per cent of adult offenders would likely be diagnosed with FASD — 22 per cent.

These offenders are unable to complete regular programs, they are preyed upon by other offenders, they end up in segregation, they have limited coping skills and they are usually classified as maximum security. They do not have the ability or skills required to focus and concentrate in order to complete regular

Les évaluations de santé mentale actuelles posent les questions suivantes : Y a-t-il un risque immédiat pour le contrevenant ou d'autres? Y a-t-il nécessité d'un médicament psychotrope? Ces évaluations de santé mentale actuelles sont effectuées sur renvoi et ces trois critères détermineront si le détenu peut bénéficier de services de santé mentale dans un centre de traitement.

Le Service correctionnel du Canada — SCC — possède des centres de traitement dans chacune de ses cinq régions. Ces centres assurent les évaluations de risque une fois que le délinquant est dépisté comme présentant un risque immédiat selon ces critères. Ils admettent le délinquant uniquement pour une courte durée, afin de changer ou ajuster ses médicaments, et assure un traitement hospitalier pour un délinquant diagnostiqué comme souffrant d'un trouble psychiatrique.

Le SCC a actuellement des lits disponibles dans ses centres de traitement pour répondre aux besoins de moins de 6 p. 100 de la population carcérale. Or, selon les estimations du Service lui-même, le besoin est pour environ 12 p. 100. Ainsi, la capacité actuelle est inférieure à 50 p. 100 du besoin identifié. Encore une fois, n'oubliez pas que ce besoin est largement identifié par l'auto-déclaration et donc, selon notre expérience, est considérablement sous-estimé.

Le SCC a reconnu également que deux de ses centres de traitement, le Centre de traitement régional de Kingston et le Centre de traitement Shepody à Dorchester, au Nouveau-Brunswick, ont une capacité réduite de traiter adéquatement les détenus du fait de leur configuration physique. Il convient de les remplacer par des installations appropriées et accréditées.

Lors de nos visites dans les établissements, nous voyons un nombre croissant de délinquants dans des établissements fédéraux qui ont échappé à la couverture radar et ont été admis dans leur établissement d'origine sans que leur santé mentale ait été pleinement évaluée. Nous voyons ces délinquants principalement dans les unités d'isolement des pénitenciers à sécurité maximale. Pour ceux d'entre vous qui ne connaissent pas les pénitenciers fédéraux, cette population, celle en isolement dans les établissements à sécurité maximale, a l'accès le plus restreint aux programmes, aux visites, à l'exercice. Ils sont enfermés 23 heures par jour. C'est un environnement hautement restrictif.

Ces détenus tendent à avoir une déficience intellectuelle ou à présenter des problèmes de comportement, des difficultés d'apprentissage et/ou des symptômes d'hyperactivité avec déficit de l'attention, HADA, ou de troubles d'alcoolisation fœtale (TSAF). Ces catégories ne sont évidemment pas mutuellement exclusives. Des chiffres obtenus auprès des établissements pour jeunes à travers le Canada estiment qu'environ 22 p. 100 des délinquants adultes seraient atteints de TSAF — 22 p. 100.

Ces contrevenants sont incapables de suivre des programmes ordinaires, ils sont la proie d'autres détenus, ils aboutissent en isolement, ils ont une capacité limitée à faire face et ils sont habituellement classés comme à sécurité maximale. Ils n'ont pas la capacité ou les aptitudes pour se concentrer et suivre les



programming. They are very vulnerable and their segregation is usually for a much longer period of time than others in segregation. They are usually referred to see the psychiatrist, who typically finds no evidence of a psychiatric disorder, per se, and identifies these individuals as exhibiting a behavioural problem. These offenders therefore do not meet the criteria that would allow them to benefit from services provided in treatment centres, so they stay in the general institutions. They have limited coping skills, which may cause them to withdraw, self-injure, set fires, attempt or commit suicide, and in some extreme situations assault others or guards.

When mental health needs are not addressed, offenders tend to spend more time in segregation. They are usually overclassified. This clearly has financial implications as well as program implications and release implications. The reality is that maximum security institutions do not have the necessary resources to meet these extreme mental health needs.

Given the prevalence of mental disorder among offenders and the high number of waivers — and when I say “waivers,” these are offenders who would otherwise be eligible for a conditional release hearing, a parole hearing, a day parole or full parole eligibility — what happens is that many of these offenders with mental disorders will waive their right to a hearing, which means they will not be considered for parole or release, which means they will be kept to their statutory release date, which means they are typically released into the community with less supervision than they otherwise would have received, less assistance.

It is not necessarily true that the longer an offender stays in custody the more access he or she would have to programs. In fact, the whole purpose of parole is to facilitate the timely reintegration of offenders at the most appropriate and earliest opportunity.

In any case, given the prevalence of mental disorders, the number of waivers signed by offenders, my office questions whether some offenders are in fact giving a voluntary and informed consent to relinquish their legal right to a review by the parole board. There were over 2,700 waivers last year. We are seeing more and more offenders being kept to their statutory release date, and this is particularly true for Aboriginal offenders.

For the past fiscal year, there were a number of security incidents involving inmates. We do not have good information on how many of these incidents were specific to offenders with mental disorders. We also do not have very good historical data. However, last year there were 280 self-inflicted injuries, nine attempted suicides and 10 suicides in federal corrections. The despair experienced by certain offenders is to some extent reflected in the number of self-inflicted injuries and suicides. Correctional Service of Canada recognizes that women in federal

programmes réguliers. Ils sont vulnérables et leur ségrégation est généralement plus longue que celle des autres détenus en isolement. On les envoie habituellement voir le psychiatre, qui typiquement ne trouve pas d'indice de troubles psychiatriques en soi et les caractérise comme présentant un problème de comportement. Ces délinquants ne remplissent donc pas les critères qui leur permettraient de bénéficier des services d'un centre de traitement, et ils restent confinés dans des établissements généraux. Ils ont des facultés d'adaptation limitées, ce qui peut les amener à se couper d'autrui, se mutiler, mettre le feu, se suicider ou le tenter et, dans quelques situations extrêmes, agresser d'autres ou des gardiens.

Lorsque les besoins de santé mentale sont négligés, les contrevenants tendent à passer davantage de temps en isolement. Ils sont habituellement surclassifiés. Cela a clairement des répercussions financières, ainsi que des répercussions sur les programmes et la libération. La réalité est que les établissements à sécurité maximale ne disposent pas des ressources nécessaires pour répondre à ces besoins extrêmes en matière de santé mentale.

Étant donné la prévalence des troubles mentaux chez les délinquants et le grand nombre des renonciateurs — lorsque je dis « renonciateurs », j'entends des détenus qui seraient autrement admissibles à une audience de libération conditionnelle, la semi-liberté ou la liberté sous condition totale — ce qui se passe, c'est que nombre de ces détenus atteints de troubles mentaux vont renoncer à leur droit à une audience, ce qui signifie qu'ils ne seront pas retenus pour la liberté conditionnelle, ce qui signifie qu'ils resteront enfermés jusqu'à la date de libération statutaire, ce qui signifie qu'ils seront typiquement relâchés dans la société avec moins de supervision qu'ils n'auraient reçue autrement, et moins d'assistance.

Il n'est pas nécessairement vrai que plus un délinquant reste en prison et plus il ou elle a accès à des programmes. Au contraire, tout le but de la libération conditionnelle est de faciliter la réinsertion rapide des délinquants, au moment le plus opportun.

Quoi qu'il en soit, vu la prévalence des troubles mentaux et le nombre de renonciations signées par les délinquants, mon Bureau se demande dans quelle mesure certains délinquants donnent effectivement un consentement volontaire et éclairé à la renonciation de leur droit légal à une audience de libération conditionnelle. Il y a eu plus de 2 700 renonciations l'an dernier. Nous voyons de plus en plus de détenus enfermés jusqu'à la date de leur libération d'office, et c'est particulièrement vrai dans le cas des Autochtones.

Au cours du dernier exercice, un certain nombre d'incidents de sécurité se sont produits dans les prisons. Nous sommes mal renseignés sur le nombre de ces incidents mettant en jeu des détenus atteints de troubles mentaux. Nous n'avons pas non plus de bonnes données historiques. Cependant, l'an dernier. Il y a eu 280 automutilations, neuf tentatives de suicide et 10 suicides dans les pénitenciers fédéraux. Le désespoir que vivent certains détenus est reflété dans une certaine mesure par le nombre des automutilations et des suicides. Service correctionnel Canada

institutions have a higher rate of self-mutilation and attempted suicide than do their male counterparts. The CSC research branch found that more than two-thirds of women in maximum security had previously attempted suicide, compared with 21 per cent of maximum security males. So it is about three times.

The prevalence of infectious disease we believe is also related to mental health issues and addiction. The HIV infection rate inside institutes is estimated to be up to 10 times higher than in the general population. CSC themselves acknowledge that the hepatitis-C infection rate is 30 times higher. In some institutions, they claim that it is 30 per cent; however, medical health professionals inside the institutions have told me that the hep-C infection rate in an institution can be as high as 60 or 70 per cent.

We should not be so quick to dismiss the significance and importance of assessing substance abuse disorders as part of a comprehensive assessment of mental health needs for offenders. Our legal responsibility towards harm reduction and minimizing risk to public health also extends within the walls of correctional institutions. We cannot lose sight of the fact that the majority of offenders will reintegrate into the community at some point. Effective control of infectious diseases in correctional facilities is essential to protect the health of inmates, staff, and the community at large.

There was a pilot project a year and a half ago in the Pacific region. The pilot project was initiated to conduct mental health assessments on every inmate and identify at the front end of their sentence their management and treatment needs. Over the course of the 17 months of the project, there were 259 offenders admitted into their regional reception centre. Sixty-eight offenders, or 29 per cent of those assessed, had immediate mental health needs requiring immediate intervention, including the need for further assessment. Substance abuse disorders were not considered. So again, we think that if you included substance abuse the numbers would be significantly higher. The pilot project reinforced the need for front-end assessment of mental health needs for offenders.

To summarize, inmate mental health disorders are several times that of the Canadian population. There has been no standardized systemic assessment of mental health needs for offenders. There needs to be a comprehensive strategy for the detection and management of mental health needs for federally sentenced Canadians.

A recently released report entitled *A Health Care Needs Assessment for Federal Inmates in Canada*, which was published in the *Canadian Journal of Public Health* last April, reinforces that the prevalence of mental health disorders in Canada is two to three times that of the general population. The report also supports the need for systemic assessments of mental health needs

reconnaît que les femmes des établissements fédéraux connaissent un taux d'automutilation et de tentative de suicide supérieur à celui de leurs homologues masculins. La direction de la recherche de SCC a conclu que plus des deux tiers des détenus en sécurité maximale avaient fait une tentative de suicide antérieure, comparé à 21 p. 100 des hommes en sécurité maximale. Le taux est donc trois fois supérieur.

La prévalence des maladies infectieuses, croyons-nous, est également liée aux problèmes de santé mentale et à la toxicomanie. Le taux d'infection au VIH à l'intérieur des prisons est jusqu'à 10 fois supérieur à celui de la population en général. Le SCC reconnaît lui-même que le taux d'infection à l'hépatite C est 30 fois supérieur. Dans certains établissements, il dénombre jusqu'à 30 p. 100 de détenus infectés; cependant, des professionnels de la santé travaillant dans les prisons m'ont dit que le taux d'infection à l'hépatite C dans un établissement peut atteindre 60 ou 70 p. 100.

Il ne faut pas minimiser l'importance du dépistage de la toxicomanie dans le cadre d'une évaluation complète des besoins médicaux des détenus. Notre responsabilité légale de réduire les méfaits et de minimiser les risques pour la santé publique existe également à l'intérieur des murs des pénitenciers. Nous ne pouvons perdre de vue que la majorité des délinquants réintégreront la société à un moment donné. Il est essentiel de contrôler efficacement les maladies infectieuses dans les établissements correctionnels, afin de protéger non seulement la santé des détenus, mais aussi celle du personnel et de la société dans son ensemble.

Un projet pilote a été mené il y a 18 mois dans la région Pacifique. Il visait à effectuer une évaluation de santé mentale de chaque détenu et à identifier dès le début de leur peine leurs besoins thérapeutiques. Sur les 17 mois du projet, 259 délinquants ont été admis au centre de réception régional. Soixante-huit d'entre eux, ou 29 p. 100 des détenus évalués, avaient des besoins de santé mentale immédiats exigeant une intervention urgente, dont l'impératif d'une évaluation plus poussée. Les troubles en rapport avec la toxicomanie n'ont pas été pris en compte. Donc, là encore, nous pensons que si l'on englobait la toxicomanie, les chiffres seraient sensiblement plus élevés. Le projet pilote a confirmé la nécessité d'une évaluation initiale des besoins de santé mentale des délinquants.

Pour résumer, les taux de troubles mentaux chez les détenus sont de plusieurs fois supérieurs à ceux de la population canadienne. Il n'y a pas d'évaluation systématique standardisée des besoins de santé mentale des délinquants. Il faut une stratégie globale pour la détection et la gestion des besoins de santé mentale des détenus fédéraux.

Un rapport récemment publié, en avril dernier, par la Revue canadienne de santé publique, intitulé *A Health Care Needs Assessment for Federal Inmates in Canada*, confirme que la prévalence des troubles mentaux dans les prisons canadiennes est de deux à trois fois celle de la population générale. Le rapport confirme également la nécessité d'évaluations systématiques des



of offenders and the need for a comprehensive strategy to detect and manage the mental health needs of offenders.

The good news is that CSC has developed a mental health strategy that promotes the adoption of a continuum of care from initial intake to the safe release of offenders into the community. This strategy calls for the significant investment of funds and resources into four main areas: intake assessment; requirements for treatment centres; mental health units or interim care units in certain institutions; and community mental health support for the safe reintegration of offenders.

My office was pleased to hear that CSC has received funding for the community component of this strategy. We are also informed, however, that no funding has been allocated for the other three essential components of the mental health strategy.

Hence, what you have is a commitment of funds for the back end of the system. When offenders are being released, there is assistance to help on the community side. Unfortunately, that assistance may not be very well informed because no new resources are allocated into the assessment and treatment side. So offenders are being released with support but we may not be sure entirely what the support is that will be required.

My office very much supports the community mental health initiatives to assist in the safe reintegration of mentally challenged offenders. We cannot stress enough the importance of funding the front end of the process. Without a comprehensive clinical intake assessment of federal offenders, CSC has no reliable information as to the mental health needs of the offenders in their care. This, in itself, raises questions as to how the service can develop community mental health programming to support these offenders without knowing what their specific needs are.

While we support the creation of intermediate mental health units in existing institutions, we also want to raise a caution against these units evolving into quasi segregation under the guise of mental health treatment. There is a need to clearly define the role and mandate of these units and to allocate the professional resources and programs to meet offenders' mental health needs as well as to implement the legislative safeguards to ensure administrative fairness and the least restrictive measures consistent with public safety.

In terms of population management, Correctional Service of Canada is increasingly subdividing the offender population into small subpopulations. Unfortunately, there are not always administrative and legislative safeguards as to the review of their placement into these more segregated often higher security kinds of environments. We are concerned that this may happen with these intermediate care centres under the guise of mental health.

I would like to end my formal presentation by quoting the Canadian Human Rights Commission in their recent review of the systemic human rights abuses regarding federally sentenced

besoins de santé mentale des délinquants et l'impératif d'une stratégie globale pour détecter et gérer les troubles mentaux chez les détenus.

La bonne nouvelle, c'est que le SCC a élaboré une stratégie de santé mentale qui promeut l'adoption d'un continuum de soins depuis la prise en charge initiale jusqu'à la libération des détenus. Cette stratégie prévoit un apport conséquent de fonds et de ressources dans quatre domaines principaux : évaluation à l'admission; centres de traitement; unités de santé mentale ou unités de soins provisoires dans certains établissements; et soutien communautaire de santé mentale pour la réinsertion sociale des délinquants.

Nous avons été heureux d'apprendre que le SCC a reçu un financement pour le volet communautaire de cette stratégie. Mais on nous informe aussi qu'aucun financement n'a été attribué aux trois autres volets, essentiels, de la stratégie de santé mentale.

On se retrouve donc avec des engagements de fonds pour le dernier maillon de la chaîne. Lorsque des détenus sont libérés, il y a une assistance au niveau communautaire. Malheureusement, cette assistance ne peut être qu'aveugle du fait que l'on n'attribue pas de ressources nouvelles aux volets évaluation et traitement. Donc, on libère les détenus avec un soutien, mais on ne sait pas de quel soutien ils auront besoin.

Mon Bureau soutient tout à fait les initiatives de santé mentale communautaire visant à faciliter la bonne réinsertion des délinquants aux prises avec des difficultés mentales, tout en soulignant l'importance d'un financement des processus en amont. Sans une évaluation clinique exhaustive au moment de la prise en charge des délinquants fédéraux, le SCC n'aura pas d'information fiable quant aux besoins de santé mentale des détenus à sa charge. Cela, en soi, amène à se demander comment le Service pourrait élaborer des programmes de santé mentale communautaires pour aider les détenus libérés sans savoir quels sont leurs besoins spécifiques.

Tout en étant favorable à la création d'unités de santé mentale intermédiaires dans les établissements existants, nous voulons aussi mettre en garde contre le risque que ces unités se muent en quartiers d'isolement sous la guise d'un traitement de santé mentale. Il importe de clairement définir le rôle et le mandat de ces unités et d'allouer des ressources professionnelles et programmes aux besoins de santé mentale des détenus, tout en appliquant les garde-fous législatifs qui visent à assurer l'équité administrative et les mesures les moins restrictives conformes à la sécurité publique.

Pour ce qui est de la gestion de la population carcérale, le Service correctionnel du Canada la subdivise de plus en plus en petites sous-populations. Malheureusement, il n'existe pas toujours de garde-fous administratifs et législatifs autorisant une révision du placement des détenus dans ces environnements plus isolés et souvent à plus haute sécurité. Nous craignons que cela n'arrive avec ces centres de soins intermédiaires sous la guise de soins de santé mentale.

J'aimerais clore cette présentation en citant la Commission canadienne des droits de la personne suite à son examen récent des abus systémiques des droits de la personne commis sur les

women. While this quote is specific to their review dealing with federally sentenced women, it can be extrapolated to deal with the entire offender population. What the Canadian Human Rights Commission said is this: "No matter how good a strategy may be on paper in responding to the needs of federally sentenced women, it is unlikely that the correctional service will be able to protect human rights without enough resources, applied appropriately, in carrying out the strategy."

Access to health care, and mental health care in particular, is a fundamental human right. It is protected in law and it is not being accomplished in the current environment.

**The Chairman:** Thank you — I guess it is thank you for that unbelievably depressing picture. When something is as bad as your comments today would suggest, one is inclined to first say that maybe we should just start over, so let me ask you a question.

What are the pros and cons of the CSC saying that they are simply not going to provide this service anymore, that they will contract it out to the provinces, who after all provide most of the other health care services, certainly health care services for inmates that are not done in a penitentiary? Why would the feds not simply contract it out, since they are clearly not capable of doing it?

**Mr. Sapers:** I will take a quick shot; however, I did say that Nathalie would answer the difficult questions.

It is hard to pick a starting point in responding to that. There is a division of responsibilities between an offender sentenced to less than two years and an offender sentenced to more than two years. Of course, the province has the primary responsibility for the provision of health services. The issue is that the system is faced with all kinds of arbitrary divisions and dichotomies. Offenders are not seen as individuals, as people with a variety of needs. So as opposed to providing a continuum of care that would be directed towards the individual needs of people, we see service being provided and treatment being provided and custody being provided based on a whole set of historical and arbitrary distinctions and divisions.

The flip side of that is that there are partnerships, and some of these partnerships are effective. There are treatments provided by provincial health care systems that are effective and that do operate under contract to the service. CSC does contract out for a variety of health care services, including psychiatric, dental, a number of things. So that does happen.

The difficulty is that the service is not in the position often to make the decision about what they should be even contracting out for because they do not do the assessments at the front end. When psychology staff are involved, they are typically involved in risk assessment, in terms of the offender's behaviour inside the institution or his or her potential behaviour once released.

**The Chairman:** So they are doing more of a behavioural assessment?

détenues fédérales. Alors que cette citation s'applique spécifiquement à cette étude intéressant les détenues fédérales, on peut l'extrapoler à l'ensemble de la population carcérale. La Commission canadienne des droits de la personne a écrit ceci : « Aussi bonne que puisse sembler sur papier une stratégie visant à satisfaire aux besoins des détenues fédérales, il est peu probable que le Service correctionnel puisse protéger les droits humains sans ressources suffisantes, judicieusement appliquées, pour exécuter cette stratégie ».

L'accès aux soins de santé, et en particulier aux soins de santé mentale, représente un droit humain fondamental. Il est garanti par la loi mais n'est pas assuré dans les conditions actuelles.

**Le président :** Merci — je suppose que je dois vous remercier pour ce tableau incroyablement déprimant. Lorsque les choses vont aussi mal que vos remarques d'aujourd'hui le donnent à penser, on est enclin à dire qu'il faut repartir entièrement de zéro, alors permettez-moi de vous poser une question.

Quels seraient les avantages et inconvénients si le SCC disait tout simplement qu'il va cesser de fournir ce service, qu'il va le sous-traiter aux provinces qui, après tout, assurent la plus grande part des autres services de santé, certainement des soins de santé fournis aux détenus ailleurs que dans un pénitencier? Pourquoi est-ce que les autorités fédérales ne sous-traitent pas simplement ce travail, puisqu'elles sont clairement incapables de l'accomplir?

**M. Sapers :** Je vais essayer de vous répondre brièvement, mais je vous avais bien indiqué que Nathalie répondrait aux questions difficiles.

Il est difficile de savoir par où commencer pour répondre à cette question. Il existe un partage des responsabilités selon qu'un détenu est condamné à moins de deux ans ou à plus de deux ans. Bien sûr, la province a la compétence première pour la fourniture des services de sa santé. Le problème est que le système est confronté à toutes sortes de divisions et dichotomies arbitraires. Les délinquants ne sont pas perçus comme des individus, des gens éprouvant une diversité de besoins. Donc, au lieu d'assurer le continuum des soins adapté aux besoins particuliers des individus, on assure les services et les traitements et l'incarcération sur la base de tout un ensemble de distinctions et de partages historiques et arbitraires.

Mais sur le côté face de la médaille, il y a aussi des partenariats et certains d'entre eux sont efficaces. Des traitements sont fournis par les systèmes de santé provinciaux qui sont efficaces, sous contrat pour le Service correctionnel. SCC sous-traite divers services de santé, notamment psychiatriques, dentaires, différentes choses. Donc, cela existe.

La difficulté, c'est que le Service n'est pas en mesure, souvent, de décider quoi sous-traiter, parce qu'il n'effectue souvent pas les évaluations au moment de l'admission. Lorsque des psychologues sont amenés à intervenir, c'est typiquement pour les évaluations de risque, pour gérer le comportement du délinquant à l'intérieur de la prison ou son comportement potentiel après libération.

**Le président :** Ils font donc surtout de l'évaluation comportementale?



**Mr. Sapers:** Instead of doing treatment intervention. That is right.

**Ms. Natalie Neault, Director of Investigations, Office of the Correctional Investigator Canada:** At this point, we would welcome any intervention on the part of the service to provide mental health services to that dichotomy of offenders who are not being captured at the front end, and particularly those with learning disabilities, because they are not being assessed at the front end, have difficulty following orders from the officers and thus end up being charged, in segregation, and receiving a disciplinary sanction. They receive no treatment in segregation, and then we find them being released to the community.

**The Chairman:** And then surprise, surprise, they recommit; right?

**Ms. Neault:** Exactly.

**The Chairman:** It is hard to imagine a better description of a revolving door than the one you just gave.

[Translation]

**Senator Pépin:** I must admit that I am not surprised. From the little I know about the Correctional Service, when I listen to you describe all of the problems and the number of inmates with psychological problems, it is true that the general population is ignorant of this reality. People do not know that the majority of inmates have mental problems, but there are other people, within the Correctional Service, who are aware.

I do understand that you do not have the necessary means nor staff. Is there a will within the Service to do something, to go after the funding needed to bring about changes? I know that the staff is swamped because they must take care of security. But we know that the root of the problem is that these are patients who have psychological or mental problems.

**Ms. Neault:** I believe that, definitely, there is a will on the part of the Correctional Service to offer services to this segment of the population, but as you have just said, the priority in these institutions is security.

The money will not go to inmate rehabilitation; that has virtually disappeared. If we look at the number of temporary absences, the number of hours of work assigned to inmates in medium security facilities, there is hardly nothing.

The priority is to ensure that inmates are not a threat to public safety, which is expected and normal. But to the detriment of what? We seem to forget that these people belong to our community and will return to it.

This is perhaps not the most positive segment of the community, but we must not forget that it is just a matter of time before these people return to the community.

The ombudsman's office receives requests from employees who deal with inmates in isolation in maximum security facilities. They keep telling us month after month that these inmates should be

**M. Sapers :** Au lieu d'une intervention thérapeutique, c'est juste.

**Mme Natalie Neault, directrice des enquêtes, Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada :** À ce stade, nous serions heureux de toute intervention du Service pour offrir des soins de santé mentale à ces délinquants qui ne sont pas dépistés au stade initial, particulièrement ceux qui ont des difficultés d'apprentissage et qui ont du mal à suivre les ordres des agents et gardiens et qui se retrouvent inculpés, placés en isolement et sujets à des sanctions disciplinaires. Ils ne reçoivent aucun traitement en isolement, et ensuite on va les relâcher dans la société.

**Le président :** Et alors, surprise, surprise, ils récidivent; n'est-ce pas?

**Mme Neault :** Exactement.

**Le président :** Il est difficile d'imaginer une meilleure description d'une porte tournante que celle que vous venez de donner.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Je dois avouer que je ne suis pas étonnée. Le peu que je sache du Service correctionnel, lorsque je vous entends décrire tous les problèmes et le nombre de prisonniers qui ont des problèmes psychologiques, il est vrai que la population est ignorante de cette réalité. Les gens ne savent pas que la majorité des prisonniers ont des problèmes mentaux, mais il y a d'autres personnes, dans le Service correctionnel, qui sont au courant.

Je comprends, actuellement, que vous n'avez pas les moyens et le personnel nécessaires. Y a-t-il une volonté du service de faire quelque chose, d'aller chercher les fonds pour amener des changements. Je sais qu'ils sont débordés parce qu'ils doivent s'occuper de la sécurité. Mais on sait que la base du problème, c'est que ce sont des patients qui ont des problèmes psychologiques ou mentaux.

**Mme Neault :** Je pense que, définitivement, il y a une volonté de la part du Service correctionnel d'offrir des services à ce segment de population, mais comme vous l'avez bien dit, la priorité est la sécurité en établissement.

Les fonds n'iront pas à la réintégration des détenus; ceci a quasi disparu. Si l'on regarde le nombre d'absences temporaires, le nombre d'heures de travail assignées aux délinquants, en établissement medium, cela n'existe quasiment plus.

La priorité est de s'assurer que les détenus ne posent pas un danger à la sécurité publique, ce qui est entendu et normal. À quel détriment ? On semble oublier que ces personnes font partie de notre communauté et vont retourner en communauté.

Ce n'est peut-être pas le segment favorable de la communauté, mais on ne peut pas oublier le fait que c'est une question de temps avant que ces personnes fassent un retour à la communauté.

Le bureau de l'ombudsman reçoit des demandes des employés qui s'occupent des détenus en isolement dans un établissement maximum, ils nous disent qu'ils essaient depuis des mois et des

sent to the treatment centre, and the treatment centre tells them that they do not have a structure in place to accommodate maximum security inmates.

**Senator Pépin:** The root of the security problem is the fact that these inmates are ill. I believe that if we were able to deal with the security risk problem, then it might be a little bit easier. There must be some way of doing things differently.

**Ms. Neault:** Absolutely, but within the risk evaluation aspect, there is a need to evaluate the needs of the inmate in order for him to be able to follow the programs.

We know, for example, that those inmates afflicted with ADHT are not able to process information the way other people do.

We need to adapt the programs in order for them to be able to participate. From there, they could leave isolation, be declassified to medium security, and eventually they would feel safer and more receptive to the idea of integrating the community and eventually being members of the community who, hopefully, could contribute to it.

**Senator Pépin:** I met with people from the Correctional Service and they told us that these inmates are placed in isolation because they take fits. They can be placed in isolation for several days because there is no other way of controlling them. Even parliamentarians are not aware of what goes on.

Changes were made to the prison for women when there was a story, a scandal that was made public, and everyone reorganized and the situation improved. I hope that we are not simply waiting for another similar disaster to happen.

I am very happy that you have come here, because in our report we could most certainly open the door to facilitating certain changes.

[English]

**Mr. Sapers:** To directly address your question regarding the will to do something, the executive committee of Correctional Service of Canada had endorsed that four-point strategy that I referred to. They have only received new funding for the last part. So the will is clearly there because they have adopted the whole strategy.

They need to do three things: First, they need to go back and get the funding and the new resources to implement the other three components — which is in part a political discussion; second, CSC needs to address its governing structure around mental health, their management of mental health within the system, and they need to develop a governing structure that gives it the same priority, frankly, that security receives in terms of the management of CSC; and third, they need to seriously commit to training their staff at every level in terms of sensitizing the service to the mental health needs of offenders so that distinctions can be

mois de faire entrer ces détenus au Centre de traitement, et le Centre de traitement leur dit qu'ils n'ont pas de structure pour recevoir des détenus qui ont une cote de sécurité maximum.

**Le sénateur Pépin :** La base du problème de la sécurité est le fait que ces prisonniers sont malades. Je pense que si l'on était capable d'approcher le problème de sécurité de risque, peut-être que ce serait un peu plus facile à ce moment. Il doit y avoir absolument une façon de procéder qui soit différente.

**Mme Neault :** Absolument. — ais faisant partie de l'évaluation de risque, il y a un besoin d'évaluer les besoins du détenu pour qu'il puisse avoir l'habilité de suivre les programmes.

On sait, par exemple, que les détenus qui souffrent de ADHT — que l'on nomme en anglais — ne sont pas habilité à procéder l'information tel que tout autre détenu.

On a besoin d'adapter des programmes pour qu'ils puissent y participer.    partir de là, ils peuvent sortir de l'isolement et ils peuvent être déclassifiés au niveau de sécurité medium, et éventuellement ils se sentiraient plus sécurisés et plus réceptifs    intégrer la communauté et devenir des membres qui vont éventuellement, on l'espère, contribuer à la communauté.

**Le sénateur Pépin :** J'ai rencontré des personnes du Service correctionnel et l'on nous a dit qu'ils sont placés en isolement lorsqu'ils font des crises. Ils peuvent être placés en isolement pendant des jours parce qu'il n'y a pas d'autre façon de les contrôler. Même les parlementaires ne sont pas au courant de ce qui se passe.

Des changements ont eu lieu à la prison des femmes quand il y a eu une histoire, un scandale qui a été rendu public et les personnes se sont tous réorganisés et la situation s'est améliorée. J'espère qu'on ne sera pas rendu à attendre une catastrophe de ce genre.

Je suis très contente que vous soyez venue, parce que dans notre rapport on pourrait sûrement entrouvrir la porte pour faciliter certains changements.

[Traduction]

**M. Sapers :** Pour répondre directement à votre question concernant la volonté d'agir, le comité exécutif du Service correctionnel du Canada a approuvé la stratégie en quatre points dont j'ai fait   tat. Mais ils n'ont reçu de financement que pour le dernier volet. La volonté est donc clairement là, car ils ont adopté la stratégie d'ensemble.

Ils ont besoin de faire trois choses : premièrement, ils doivent aller chercher le financement et les ressources nouvelles pour mettre en œuvre les trois autres volets — c'est là en partie un débat politique; deuxièmement, le SCC doit revoir sa structure administrative relative à la santé mentale, sa gestion de la santé mentale à l'intérieur du système, et pour cela mettre en place une structure qui lui reconnaisse la même priorité, franchement, qu'à la sécurité sur le plan de la gestion du SCC; et troisièmement, il doit s'engager s  rieusement    former le personnel    tous les niveaux de façon    le sensibiliser aux besoins de santé mentale des



made as to whether you are dealing with a mental health crisis or a security crisis when you see an inmate who is acting out.

[Translation]

**Senator Gill:** To begin with, I would like to know what your profession is. What is your level of responsibility? Do you carry out surveys with offenders, with inmates or surveys relating to the behaviour of the staff vis-à-vis the prisoners? What are the results of your surveys? I imagine that what comes out of these surveys is that certain things should be corrected?

**Ms. Neault:** As the ombudsman we study the complaints we receive from inmates. However, if we decide of our own initiative to carry out an inquiry, there must be violation of the law or of the policy of the Correctional Service in the daily dealings of the Correctional Service with inmates.

There are three criteria that guide us in deciding whether or not to launch an inquiry. First of all, was there a breach of the Correctional Service of Canada Act and release from custody? Second, was there a violation of Correction Service policy? Thirdly, it sometimes happens that there is a complaint that does not involve the law or the policy, but in the end, there is a question as to whether the decision taken was fair and if we should on that basis launch an inquiry.

When the law has been broken, we have as ombudsman the authority to make recommendations to the director of the facility.

Before leaving each facility, we meet with the managers and staff in order to attempt to resolve as many problems as possible at that level. During our meeting with management, we make our recommendations, and when an aspect of the law is involved, we automatically recommend that management make to change in its practices. As a follow-up to the meeting, we put in writing our understanding of the conversation and our recommendations. We repeat our recommendations and await the answer of the director of the facility to see if he plans on correcting the situation or what the shared position is.

**Senator Gill:** Are you able to verify, concretely, if the correction was made or if the necessary follow-up was made with the inmate?

**Ms. Neault:** Absolutely, senator. We visit the various facilities every three months. If we made a recommendation, you can be sure that during our next visit to the facility, we will check and see what was done. If no measure was taken, we approach the director and then there is a gradual process that is followed with regard to the complaint.

détenus, afin que le personnel puisse faire la différence entre une crise de santé mentale et une crise sécuritaire face à un détenu qui perd les pédales.

[Français]

**Le sénateur Gill :** D'abord, j'aimerais connaître votre profession. Quel est votre niveau de responsabilité? Est-ce que vous faites des enquêtes chez les contrevenants, chez les prisonniers ou des enquêtes sur le comportement du personnel face aux prisonniers ? Quels sont les résultats de vos enquêtes ? À la suite à ces enquêtes j'imagine que certaines choses sont à corriger ?

**Mme Neault :** Comme ombudsman on fait enquête sur les plaintes qu'on reçoit des détenus. Toutefois, si on décide de notre propre initiative de mener une enquête, il doit y avoir soit une violation de la loi ou de la politique établie par le Service correctionnel en termes des interventions que le Service correctionnel fait avec les détenus de façon journalière.

Il y a trois critères qui nous guident avant de prendre la décision de mener une enquête ou non. Premièrement, y a-t-il violation de la Loi sur le Service correctionnel et la mise en liberté ? Deuxièmement, est-ce qu'il y a une violation en vertu de la politique du Service correctionnel ? Troisièmement, il y a parfois une plainte qui n'est pas contenue ni dans la loi, ni dans leur politique, mais en bout de ligne on se demande si la décision qui a été prise est équitable en vertu de l'équité administrative, puis sur cette base, pouvons-nous décider de mener une enquête ?

Lorsqu'il y a violation de la loi, nous avons un pouvoir de recommandation, comme ombudsman, de faire une recommandation au directeur de l'établissement.

Avant de quitter chaque établissement, nous rencontrons les directeurs et le personnel pour essayer de régler autant de problèmes à la base. Lors de notre rencontre avec les directeurs, nous faisons nos recommandations, et quand cela concerne un aspect de loi, automatiquement, nous recommandons à la direction de faire un changement de leur pratique. Pour faire suite à cette rencontre, on fait un suivi par écrit en ce qui a trait à notre conversation et à nos recommandations. On réitère nos recommandations et l'on attend la réponse du directeur de l'établissement à savoir s'il a l'intention de remédier à la situation ou quelle est la position partagée.

**Le sénateur Gill :** Dans la réalité, pouvez-vous vérifier, si la correction est faite ou si la démarche a été faite auprès du prisonnier ?

**Mme Neault :** Absolument, sénateur. Nous visitons les établissements tous les trois mois. Si l'on a fait une recommandation, vous pouvez vous assurer que, dans notre prochaine visite à l'établissement, nous allons faire une vérification face à la recommandation et l'action qui devrait être mise en oeuvre pour vérifier si cela a été fait. Dans le cas où une action n'aurait pas été prise, nous approchons le directeur, et par la suite, c'est là que l'on a un processus graduel où l'on remet la plainte.

For example, if the investigator is not able to resolve the problem with the facility director, then the problem is referred to the director of investigations. I then meet with the regional deputy commissioners every six months and this is my opportunity to bring up the matter of our recommendations. The executive director then meets the deputy commissioners, in other words the joint commissioner and Mr. Sapers who regularly meet with the Correctional Service commissioner.

**Senator Gill:** Does the investigation service that you manage exist in all of the provinces? I imagine that you are only recognized in British Columbia, is that the case?

**Ms. Neault:** No, we are a Canadian ombudsman and we cover all of the facilities in the country, in other words 54 federal prisons.

**Senator Gill:** From here?

**Ms. Neault:** From Ottawa. Our office is in Ottawa and we travel to all of the penitentiaries in all of the regions of the country.

**Senator Gill:** Is it easy for inmates to communicate with you? I imagine that there are punishments that are handed out inside prisons... are you accessible? Are all inmates informed, upon arriving, of their rights, of the various possibilities?

**Ms. Neault:** There are two questions here. We are very accessible. Our 1-800 number is available and inmates can access our service. If our line is busy, we have an answering machine and we check our messages daily. We return the call and often we set up an interview with the inmate during our next visit to the facility.

We visit the facilities every three months, as I indicated. We have what we call open visits. Our upcoming visit is posted in the facility. Every inmate wishing to meet with us for one reason or another has the opportunity to see us and we then decide if we wish to undertake an investigation or not.

**Senator Gill:** Do you have statistics on the aboriginal inmates we have in our prisons? I know that there are a lot of them, in fact in Manitoba, in Saskatchewan — I am not too sure of the situation in British Columbia — but do you have a large clientele? I imagine the answer is yes.

[English]

**Mr. Sapers:** The best estimate we have right now is that while the Aboriginal population of Canada is about 3 per cent, it is about 18 to 20 per cent of correctional centres on average. In some centres, particularly in the Prairie region, it is much higher than that. In some centres, it is as high as 70 per cent. We received over 8,000 complaints last year. We did a very rough calculation and I think about 20 per cent of complaints were from self-identified Aboriginal offenders. So that proportion seems to be about right — the relationship between the offender population and the complaining population. However, the fact

Par exemple, si l'enquêteur n'arrive pas à régler le problème avec le directeur de l'établissement, ils référeront la problématique en tant que directeur d'enquêtes. Je rencontre alors les sous-commissaires régionaux tous les six mois où l'on soulève la question de notre recommandation. Le directeur exécutif rencontre alors les sous-commissaires, c'est-à-dire l'assistant-commissaire et M. Sapers qui rencontre la commissaire du Service correctionnel de façon régulière.

**Le sénateur Gill :** Est-ce que le service d'enquêtes que vous gérez existe dans toutes les provinces canadiennes ? Vous n'êtes attirés qu'en Colombie-Britannique, j'imagine ?

**Mme Neault :** Non, nous sommes un ombudsman canadien et l'on couvre tous les établissements du pays, soit 54 établissements fédéraux.

**Le sénateur Gill :** À partir d'ici ?

**Mme Neault :** À partir d'Ottawa. Notre bureau est à Ottawa et nous voyageons dans tous les pénitenciers et les régions du pays.

**Le sénateur Gill :** Est-ce facile pour les détenus de vous rejoindre ? J'imagine qu'il y a des punitions qui se donnent à l'intérieur des prisons, êtes-vous accessibles ? Est-ce que tous les prisonniers sont informés, en rentrant, de leurs droits, de leurs possibilités ?

**Mme Neault :** Il y a deux questions à ce sujet. Nous sommes très accessibles. Un numéro 1-800 est disponible et les détenus peuvent accéder à notre service. Si notre ligne est occupée, nous avons un répondeur et l'on vérifie nos messages de façon journalière. Nous retournons l'appel et souvent nous prévoyons une entrevue pour le détenu, lors de notre prochaine visite à l'établissement.

Nous visitons les établissements tous les trois mois, comme je l'ai indiqué. Nous avons, ce qu'on appelle des visites ouvertes. L'annonce de notre visite est affichée à l'établissement. Chaque détenu désirant nous rencontrer pour une raison ou pour une autre, à l'occasion de nous rencontrer et à partir de là, nous déciderons si l'on fait enquête ou non.

**Le sénateur Gill :** Avez-vous des statistiques sur les détenus autochtones en prison ? Je sais qu'il y en a beaucoup, en fait, au Manitoba, en Saskatchewan — en Colombie-Britannique, je ne sais trop — mais est-ce que vous avez une grosse clientèle? J'imagine que oui.

[Traduction]

**M. Sapers :** La meilleure estimation que nous possédions actuellement, c'est que la population autochtone est d'environ 3 p. cent de la population canadienne, alors qu'elle constitue de 18 à 20 p. cent de la population carcérale, en moyenne. Dans certains pénitenciers, particulièrement de la région des Prairies, c'est beaucoup plus que cela. Dans certains centres, le taux va jusqu'à 70 p. 100. Nous avons reçu plus de 8 000 plaintes l'an dernier. Nous avons fait un calcul très approximatif et je crois qu'environ 20 p. 100 des plaintes viennent de détenus autochtones auto-identifiés. Donc, cette proportion semble à peu près juste —



that we received 8,000 complaints from an incarcerated population of about 12,500 indicates that there is a general awareness of our office and they do utilize us.

One of the unfortunate realities, though, is that my investigators often solve the same problem again and again and again. We solve the same problem a thousand times a year when it comes to classification issues or program access issues or issues of just basic administrative fairness. When these persistent problems challenge us, we have the ability not only to deal with them at the administrative level, but also I issue an annual report, which is tabled in both chambers. That report will include recommendations. Those recommendations are often dealing with those very persistent problems. In fact, last year for the first time there were four recommendations directed to the minister directly, not CSC, because CSC has either been unwilling or unable to address the issues over several years.

I can tell you that I have just signed off on the draft of that report. Once the minister receives it, she is compelled to table it within 30 sitting days. That report will be forthcoming.

Again, you will see that there are some persistent issues that were not resolved at the institutional level or at the regional level.

The office also has the ability to issue a special report, which to date we have not done.

[Translation]

**Senator Gill:** You know, we are often told, and I believe, based upon our experience, and you could confirm this, there in fact are not that many crimes that are committed in First Nations communities or by First Nations people. However, there are a lot of people — and the proportions are not equivalent — in prison who are not criminals, who are simply there because they made mistakes that are condemned by society, but not in a criminal way. They are not criminals.

In your experience and based upon your work, what are the causes of their incarceration?

**Ms. Neault:** Those offenders who are incarcerated committed a Criminal Code offence and were given a sentence by the legal system. It is difficult for me to know if they truly did commit the act in question.

The Correctional Service regularly informs and reminds us that those people are there because they committed a crime. If you take, for example, the case of aboriginal inmates or even that of women, there is a whole problem with regard to the classification scale that is used. It is a scale that is divided up or validated on the basis of male inmates. It does not apply to women per se. This fact has come up repeatedly through the research work that has

la relation entre la population délinquante et la population plaignante. Cependant, le fait que nous ayons reçu 8 000 plaintes provenant d'une population carcérale d'environ 12 500 montre qu'il y a une meilleure connaissance de l'existence de notre Bureau et que l'on s'en sert.

Cependant, l'une des réalités regrettables, c'est que mes enquêteurs règlent souvent le même problème, fois après fois après fois. Nous réglons les mêmes problèmes des milliers de fois par an, s'agissant des problèmes de classification des détenus ou de problèmes d'accès ou simplement d'équité administrative fondamentale. Face à ces problèmes persistants, nous avons la faculté d'intervenir non seulement au niveau administratif mais nous pouvons également rédiger un rapport annuel déposé dans les deux Chambres du Parlement. Ce rapport contient des recommandations. Ces recommandations portent souvent sur ces problèmes très persistants. De fait, l'an dernier, pour la première fois, quatre recommandations étaient adressées directement au ministre, et non au SCC, car ce dernier est soit réticent soit incapable de régler ces problèmes depuis plusieurs années.

Je peux vous dire que je viens de signer l'ébauche finale de ce rapport. Une fois que la ministre l'aura en main, elle sera obligée de le déposer dans les 30 jours de séance. Ce rapport est imminent.

Encore une fois, vous verrez que nous y faisons état de problèmes persistants qui n'ont été réglés ni au niveau institutionnel ni au niveau régional.

Notre Bureau a également la possibilité de présenter un rapport spécial, ce que nous n'avons pas fait jusqu'à présent.

[Français]

**Le sénateur Gill :** Vous savez, on nous dit souvent et je pense, selon votre expérience, que vous pouvez nous le confirmer, il n'y a quand même pas beaucoup de crimes qui sont commis, en fait, dans les communautés ou par des personnes des Premières nations. Par contre, il y a beaucoup de personnes — et les proportions ne sont pas équivalentes — en prison, qui ne sont pas des criminels, et qui sont tout simplement là parce qu'ils ont commis des fautes condamnables par la société, mais pas d'une façon criminelle. Ce ne sont pas des criminels.

D'après votre expérience et suite à vos enquêtes, quelles sont les causes de leur internement ?

**Mme Neault :** Les détenus incarcérés ont commis une infraction selon le Code criminel et ont été sujets à une sentence de la part d'un système judiciaire. C'est difficile pour moi de savoir s'ils ont vraiment commis cet acte.

Le système correctionnel nous rappelle de façon régulière pour nous informer qu'ils sont là, parce qu'ils ont commis une faute. Si l'on regarde, par exemple, le cas des détenus autochtones ou même celui des femmes, il y a toute une difficulté à l'échelle de la classification qui a été utilisée. C'est une échelle qui a été divisée ou qui a été validée en vertu des détenus masculins. Elle ne s'applique pas pour les femmes en tant que telles. Ce fait a été

been done. The scale does not take into consideration the cultural differences of aboriginal inmates.

According to the scale as it exists today, aboriginal and women inmates tend to be classified at a higher proportion than that which is standard and incarcerated in maximum security prisons where their movements and their access to the program is much more limited. We repeatedly see that aboriginal and female inmates do not have the same access to programs and are refused temporary absences. They tend to be placed in maximum security prisons whereas the majority of good programs for Aboriginals are offered in minimum security establishments.

They are deprived of these programs because they are not available to them there. For them, the possibility of returning to the community is reduced compared to the situation of non-Aboriginals.

**Senator Gill:** Mr. Chairman, in my region, for example — it happens less often now, but it still does occur — there are people who are incarcerated because they did not respect a section or some regulation dealing with hunting or fishing, whereas what they did is allowed under aboriginal law. And under the law in general, it is prohibited to fish at certain times of the year, in order to protect migratory birds, for example, and people wind up in prison for that kind of infraction. That is what I wanted to say. Are you able to pinpoint those cases?

**Ms. Neault:** I must tell you that no. I am really unable to make any comment in that regard. As the ombudsmen, we try to be as objective as possible in our investigations, and unless an inmate complains specifically about his sentence or file, we have no active way of determining why he was put in prison.

What interests us is knowing if he is being treated fairly, if he has access to what the law allows him as well as the Correctional Service policies. It is not the case with regard to mental health.

[English]

**Mr. Sapers:** Senator Gill, I do acknowledge, though, the point that you are making. First, I will say that many of the types of offences you were speaking of would attract jail time as opposed to prison time, so my staff would not see those individuals in jails. Not every provincial correctional system has a similar feature, an ombudsman, for those offenders to go to. Often, the offenders are there for very short periods of time.

That being said, I happen to have a belief that crime is relatively evenly spread across Canadian society, which means that there is not just one kind of Canadian that commits crimes — many kinds of Canadians commit crimes. However, if you were to look at our prison population, you would think that crime was the exclusive domain of the under-educated, the impoverished, the mentally ill, and often those from Aboriginal and other minority

soulevé par de la recherche de façon répétitive. Cette échelle ne prend pas en considération les différences culturelles des détenus autochtones.

Selon l'échelle, qui existe présentement, les détenus autochtones et les femmes ont tendance à être classifiés, à une proportion plus que la norme, et incarcérés dans une prison à sécurité maximum, dans laquelle leurs mouvements et l'accès au programme est beaucoup plus limité. Nous voyons de façon répétitive que les détenus autochtones et les femmes n'ont pas le même accès aux programmes dans les établissements, et ne peuvent pas bénéficier d'absence temporaire. Ils ont tendance à être incarcérés dans une prison à sécurité maximum, alors que la majorité des bons programmes pour les Autochtones sont dans des établissements à sécurité minimum.

Ils ne peuvent pas s'y rendre, d'une part, à cause du fait qu'ils n'ont pas ces programmes. Pour eux, l'accès à un retour en communauté est réduit comparativement à ceux qui ne sont pas Autochtones.

**Le sénateur Gill :** Monsieur le président, par exemple, dans ma région — cela arrive moins souvent maintenant, mais ça arrive encore — il y a des personnes qui sont internées et qui vont en prison, parce qu'elles n'ont pas respecté un article ou un règlement ayant trait à la chasse ou à la pêche, alors qu'en droit autochtone c'est permis. Et dans le droit en général il n'est pas permis de pêcher en certaines saisons, afin de protéger les oiseaux migrateurs, par exemple et les personnes vont en prison pour une infraction, c'est ce que je veux dire. Souvent, ces cas-là, pouvez-vous les détecter ?

**Mme Neault :** Je dois vous dire que non. Je ne pourrais vraiment pas passer de commentaires là-dessus. Comme ombudsman, on essaie d'être aussi objectifs que possible dans nos enquêtes, à moins que les détenus se plaignent spécifiquement de leur sentence ou de leur dossier, nous n'allons pas de façon active voir pourquoi il est incarcéré ?

Nous sommes intéressés à savoir s'il est traité de façon équitable, s'il a accès à ce que la loi lui permet ainsi que les politiques du Service correctionnel. Ce n'est pas le cas, en ce qui concerne la santé mentale.

[Traduction]

**M. Sapers :** Sénateur Gill, je reconnais que vous avez tout à fait raison. Premièrement, je dirais que nombre des infractions dont vous parlez donnent lieu à des périodes d'emprisonnement courtes, si bien que nous ne voyons pas ces gens-là pendant leur détention. Tous les systèmes correctionnels provinciaux n'ont pas un recours similaire, un ombudsman, auquel les prisonniers puissent s'adresser. Souvent, ils sont enfermés pendant très peu de temps.

Cela dit, je suis de ceux qui croient que la criminalité est répartie de façon relativement égale à travers la société canadienne, ce qui signifie qu'il n'y a pas juste une sorte de Canadiens qui commet des délits — toutes sortes de Canadiens commettent des délits. Cependant, si vous regardez notre population carcérale, vous pourriez croire que le crime est le domaine exclusif des sous-éduqués, des pauvres, des malades



groups. Hence, the correctional population does not really reflect the general population nor of the population that is responsible for committing crimes. There are mechanisms in place that tend to select those who end up behind bars.

**Senator Cordy:** I wish to speak about the four-point strategy. Community mental health support for the safe reintegration of offenders is the only one that has received funding — and I will talk about that one in a moment.

However, with respect to the clinical intake assessment, how can you work on the back end without first dealing with the front end and finding out who in fact requires care in the mental health field?

Am I correct that, in order to do the assessment, it requires asking questions, which is basically self-reporting? Is there an inclination on the part of the offender to downplay any mental illness he or she may have? Alternatively, the offender may be unaware of an existing mental illness. Do you run into that at all?

**Ms. Neault:** Absolutely. There is still a proportion of the offender population that has no education. There are still prisoners who cannot read or write. As well, given prevalence of learning disabilities, their difficulty in processing information, offenders may not readily answer the questions as asked.

In a recent meeting with the National Parole Board, they told me that more and more they are really not sure whether offenders who attend before them understand the process. That is not unique in terms of the parole board; I think offenders have that difficulty at all levels of the process.

A proportion of offenders right now does not have the ability to process the information; they do not have the knowledge or the education to recognize their own mental illness and thus would under-report it. This identification at the intake process is very much subjective. The process depends on what the parole officer sees before her or him and assesses as needing one of the three criteria that Mr. Sapers identified.

**Senator Cordy:** In the way the questions are asked.

Is there a high prevalence of learning disabilities among the corrections population? I think I have read anecdotal evidence that indicates a high prevalence.

**Ms. Neault:** We see a growing proportion of offenders with low-functioning ability and who present learning disabilities. Unfortunately, we cannot provide specifics because CSC is not capturing that. That is not one of their intake assessment measures; therefore, there is no information out there except for the pilot project that looked at ADHD and FADS.

**Senator Cordy:** Are literacy levels looked at?

mentaux, des Autochtones et autres groupes minoritaires. Ainsi, la population carcérale ne reflète pas réellement la population générale, ni non plus la population délinquante. Des mécanismes sont à l'œuvre qui sélectionnent ceux qui vont se retrouver derrière les barreaux.

**Le sénateur Cordy :** J'aimerais parler de votre stratégie à quatre volets. Le seul volet à obtenir un financement a été le soutien communautaire à la santé mentale pour la réinsertion sûre des délinquants — et j'y viendrai dans un instant.

Cependant, pour ce qui est de l'évaluation clinique à la prise en charge, comment peut-on être efficace en bout de parcours sans diagnostic initial et sans savoir qui va exiger des soins de santé mentale?

Ai-je raison de penser que, pour faire cette évaluation, il faut poser des questions, ce qui revient pratiquement à une auto-identification? Y a-t-il une inclination de la part du délinquant à minimiser les troubles mentaux qu'il pourrait avoir? Ou encore, peut-être n'a-t-il pas conscience d'une maladie. Rencontrez-vous souvent cela?

**Mme Neault :** Absolument. Une forte proportion de la population délinquante est toujours sans instruction. Il y a toujours des détenus qui ne savent ni lire ni écrire. En outre, vu la fréquence des difficultés d'apprentissage, leur difficulté à traiter l'information, il se peut que les délinquants ne puissent pas facilement répondre aux questions telles qu'elles sont posées.

Lors d'une réunion récente avec la Commission nationale des libérations conditionnelles, on nous a dit qu'ils doutent de plus en plus que les délinquants qui comparaissent comprennent ce qui se passe. Ce n'est pas vrai seulement des audiences de libération conditionnelle; je crois que les détenus ont cette difficulté à tous les niveaux du processus.

Une certaine proportion de délinquants aujourd'hui n'a pas la faculté de traiter l'information; ils n'ont pas les connaissances ou l'instruction requise pour reconnaître leur propre maladie mentale et donc tendent à sous-déclarer. Ce processus d'identification à la prise en charge est très subjectif. Tout dépend de ce que l'agent de libération conditionnelle voit devant ses yeux et de l'évaluation subjective qu'il fait selon l'un des trois critères identifiés par M. Sapers.

**Le sénateur Cordy :** Donc de la façon dont les questions sont posées.

Existe-t-il une forte prévalence de difficultés d'apprentissage dans la population carcérale? Je pense avoir lu des indications anecdotiques montrant que cette prévalence est forte.

**Mme Neault :** Nous voyons une proportion croissante de délinquants ayant une faible aptitude fonctionnelle et présentant des difficultés d'apprentissage. Malheureusement, nous ne pouvons donner de précisions car le SCC ne recueille pas ces renseignements. Ce n'est pas l'une des mesures d'évaluation à la prise en charge; par conséquent, il n'existe pas d'information à ce sujet, hormis le projet pilote qui s'est penché sur le THADA et le TSAF.

**Le sénateur Cordy :** Relève-t-on les niveaux de scolarité?

**Ms. Neault:** The service has a policy in place for offenders to complete grade 10. That is one of the objectives an offender must attain; it is usually part of the correctional plan for the offender. It is usually a mandatory process.

Mind you, the education process in the system is fairly standard, which is problematic for offenders with learning disabilities. That population may not be able to take part in the regular schooling program that is available. In fact, we find them being unable to take any regular programs.

**Senator Cordy:** So the schooling programs in the institution are basically a one size fits all?

**Ms. Neault:** It is — as are their accredited programs and their working opportunities. Everything is designed for the average-size-built learning abilities male.

**Senator Cordy:** If we had more information, statistics and research, that indicated a high level of learning disabilities among the inmate population, a high rate of illiteracy in the prison system, would that go some way toward adjusting programs? The school system has made great changes over the past number of years, to become more inclusive, to meet the needs of all students. That is not to say that the school system is necessarily meeting them, but it is certainly making every attempt to do that.

**Ms. Neault:** Yes, you are right, that definitely taking place in the community with respect to children with learning disabilities; however, we are not seeing that in the correctional system.

**Senator Cordy:** With respect to the high number of people who are waiving their rights to hearings for parole, when they are released there is no support whatsoever for them in the system, in the community. There is no oversight, I guess; is that correct?

**Ms. Neault:** A parole officer will determine the level of supervision an offender requires. Even for an offender who has served a full term, the parole officer is the only supervision.

On warrant expiry date, the service has made it clear that they have ended their liability, their legal responsibility to offenders.

**Mr. Sapers:** I just want to add that there is a real irony in this. Parole, as I said, is to assist the timely and safe reintegration of offenders into the community. Those offenders who are granted parole earliest are those who obviously present the least risk to reoffend. That means that those who are at the most risk to reoffend are kept longer in custody; they might even be kept to their warrant expiry date under a detention order, which means that they get less support in the community. Hence, you have this irony of those offenders with the greatest needs receiving the least support.

**Mme Neault :** Le Service a pour politique d'amener les détenus jusqu'au niveau de la 10<sup>e</sup> année. C'est l'un des objectifs que doit atteindre un détenu et il fait habituellement partie du plan correctionnel du sujet. C'est habituellement un objectif obligatoire.

Mais bien sûr, les méthodes pédagogiques dans le système sont pas mal standard, ce qui est problématique dans le cas des détenus ayant des difficultés d'apprentissage. Cette population n'est pas forcément en mesure de suivre le programme scolaire régulier disponible. De fait, nous constatons qu'ils sont incapables de suivre aucun programme régulier.

**Le sénateur Cordy :** Donc, les programmes scolaires des pénitenciers sont à peu près uniformes pour tous?

**Mme Neault :** Oui — tout comme les programmes de formation professionnelle et les possibilités de travail. Tout est conçu pour l'homme à faculté d'apprentissage moyenne.

**Le sénateur Cordy :** Si nous avons davantage d'informations, de statistiques et de recherches montrant l'existence d'un taux élevé de difficultés d'apprentissage dans la population carcérale, un taux élevé d'analphabétisme dans le système carcéral, est-ce que cela contribuerait à une meilleure adéquation des programmes? Le système scolaire a opéré de grands changements ces dernières années afin de devenir plus inclusif, de répondre aux besoins de tous les élèves. Cela ne signifie pas que le système scolaire parvienne nécessairement à les intégrer tous, mais il fait certainement des efforts en ce sens?

**Mme Neault :** Oui, vous avez raison, cela se fait dans la collectivité pour les enfants souffrant de difficultés d'apprentissage; cependant, la même chose n'est pas vraie dans le système correctionnel.

**Le sénateur Cordy :** En ce qui concerne le nombre élevé de personnes qui renoncent à leurs droits aux audiences de libération conditionnelle, il n'y a aucun soutien communautaire du tout qui les attend à la sortie de la prison. Il n'y a pas de supervision, n'est-ce pas?

**Mme Neault :** Un agent de libération conditionnelle détermine le niveau de surveillance dont un contrevenant a besoin. Même pour un contrevenant qui a purgé intégralement sa peine, l'agent de libération conditionnelle constitue la seule supervision.

À la date d'expiration du mandat, a fait savoir le SCC, sa responsabilité légale à l'égard des détenus prend fin.

**M. Sapers :** Je voudrais juste ajouter qu'il y a là une réelle ironie. La libération conditionnelle, comme le j'ai dit, sert à faciliter la réinsertion rapide et sûre des délinquants dans la société. Les délinquants qui reçoivent une libération conditionnelle rapide sont manifestement ceux qui présentent le moins de risque de récidive. Cela signifie que ceux les plus susceptibles de récidiver sont gardés plus longtemps en détention; on peut même les incarcérer au-delà de la date d'expiration de leur mandat en vertu d'une ordonnance de détention, ce qui signifie qu'ils auront moins de soutien dans la collectivité. Vous avez donc ce paradoxe qui fait que les délinquants ayant les plus grands besoins de soutien sont ceux qui en reçoivent le moins.



**Senator Cordy:** Very much so — and no oversight at all.

I wish to talk now about the community mental health support to offenders on release. How is this going to work, because this is in fact the one part of the four-point strategy that is being funded? Will it be on a volunteer basis, or will the individual have to report every week? How is it going to work?

**Ms. Neault:** It is very much at the early stage. CSC received its funding last week; it was confirmed two weeks ago. As to how that will translate into available services in the community — and there is no doubt that they want to make a link between the parole supervision and the various mental health services available in the community — has yet to be defined.

**Senator Cordy:** In order to determine how it is going to work, who will they be communicating with?

**Mr. Sapers:** We have asked CSC for a detailed implementation strategy and action plan, but we have not received it yet. We have been briefed by them on their general approach. We cannot speak for CSC on that. If we had the information, we would share it. We do not have the information.

**Senator Cordy:** Will you have a say? Will they seek your opinion?

**Mr. Sapers:** Let me answer that question two ways. They may not ask for our opinion, but they will get it. I hope we will have a say.

**Senator Trenholme Counsell:** What percentage of mental disorders is related to drugs? What percentage is a reflection of increased diagnosis generally? To me, it is not an indication of an increase in actual mental illness. Is there any breakdown in terms of drug-related psychoses?

**Ms. Neault:** In looking at the prevalence, the statistics would indicate that 84 per cent of offenders have a mental disorder, if we include substance abuse. If you remove substance abuse, the statistics would indicate that 43 per cent of offenders have a mental disorder. However, as has been indicated even in the presenters this morning, there is a significant proportion of offenders who suffer from both psychiatric and substance abuse.

**Senator Trenholme Counsell:** Would that 43 per cent include a reactive depression to the fact that they are being admitted to a correctional institution? Is it fair to ask whether they were depressed previously? I would think there is apt to be depression associated with incarceration.

**Ms. Neault:** I would say no, senator.

**Senator Trenholme Counsell:** You are saying that this is a diagnosis that was with them at the time of the crime or whatever?

**Le sénateur Cordy :** Tout à fait — et aucune supervision du tout.

J'aimerais maintenant parler du soutien communautaire à la santé mentale dont bénéficient les détenus à leur libération. Comment est-ce que cela va fonctionner, car c'est là l'un des volets de la stratégie à quatre volets qui va être financé? Sera-ce fait à titre volontaire ou bien le sujet devra-t-il se présenter chaque semaine? Comment est-ce que cela va fonctionner?

**Mme Neault :** Nous en sommes encore à un stade préliminaire. Le SCC a reçu ses crédits la semaine dernière. Ils ont été confirmés il y a deux semaines seulement. Pour ce qui est de la forme concrète de ces services dans la collectivité, cela reste encore à déterminer, mais il ne fait aucun doute qu'ils souhaitent établir un lien entre la supervision de libération conditionnelle et les divers services de santé mentale disponibles.

**Le sénateur Cordy :** Avec qui vont-ils communiquer pour déterminer la qualité des résultats?

**M. Sapers :** Nous avons demandé au SCC une stratégie de mise en œuvre et un plan d'action détaillé mais ne l'avons pas encore reçu. Il nous ont fait part de leur approche générale. Nous ne pouvons parler au nom du SCC à ce sujet. Si nous avons les renseignements, nous vous en ferions part. Nous n'avons pas les renseignements.

**Le sénateur Cordy :** Aurez-vous votre mot à dire? Va-t-on vous consulter?

**M. Sapers :** Permettez-moi de répondre à la question de deux façons. Nous n'avons peut-être pas demandé notre opinion, mais nous la donnerons quand même. J'espère que nous aurons notre mot à dire.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Quel pourcentage des troubles mentaux est lié à la drogue? Quel pourcentage reflète un meilleur dépistage? À mes yeux, cela n'est pas une indication d'une plus grande prévalence de la maladie mentale. Avons-nous une ventilation indiquant la proportion des psychoses dues à la drogue?

**Mme Neault :** Pour ce qui est de la prévalence, les statistiques indiquent que 84 p. 100 des délinquants ont un trouble mental, si l'on y englobe l'abus de substances. Si vous retranchez l'abus de substance, le chiffre est de 43 p. 100. Cependant, comme l'ont indiqué même les témoins de ce matin, une proportion considérable des délinquants souffrent et de troubles psychiatriques et d'abus de substances.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Est-ce que les 43 p. 100 comprennent les cas de dépression réactive dû au fait d'être incarcéré? Peut-on demander s'ils étaient déprimés auparavant? Il me semble que l'incarcération est susceptible de produire la dépression.

**Mme Neault :** Je dirais que non, sénateur.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Dites-vous que c'est un trouble dont ils souffraient au moment de leur délit?

**Ms. Neault:** This information is available from CSC. Their intake assessment identifies mental disorder based on the criteria that we have identified on page 6.

**Senator Trenholme Counsell:** Do we have another one?

**Mr. Sapers:** Page 6 indicates the factors they are assessed against.

To revisit those numbers, we believe that, upon admission, about 15 per cent, based on Correctional Service of Canada's own statistics, had recent psychiatric or psychological intervention. We also think there is a 60 per cent increase in those offenders who may have had a mental disorder at some time. The mental disorder may have been diagnosed at one time, but they may not be under active treatment at the time of their intake.

We also know that depression can be a factor leading to self-mutilation, attempted suicide and committed suicide. However, unfortunately, we do not have a lot of historical data on the self-mutilation and the suicides to be able to give a comparison that would allow us to tie it to those intake statistics.

Another huge factor related to the fact that the correctional population has changed somewhat over the last decade is the increasing deinstitutionalization by provincial governments. Many of those individuals come into conflict with the law and end up in jails and prisons.

I do not think that there is any one single factor; however, we do know that the increase in offenders with mental health needs is very real and very dramatic.

**Senator Trenholme Counsell:** What percentage of the prison population attempts suicide?

**The Chairman:** There were 19 last year.

**Senator Trenholme Counsell:** What percentage is that, though, of the population?

**Ms. Neault:** Two thirds of women, 71 per cent of women, attempted suicide in maximum security institution versus 21 per cent of men. That is strictly in maximum security settings, however.

**Senator Trenholme Counsell:** You do not have a figure for the whole population?

**Ms. Neault:** No, I do not have that.

**Senator Trenholme Counsell:** If you look back, let us say, a quarter of a century, 25 years, has there been a marked change for the better in terms of the philosophy of corrections in terms of the rehabilitation approach?

**Mr. Sapers:** Canada, I believe, has one of the finest correctional systems in the world. It is more evidence-based, more humane and more professional than almost anywhere else. That being said, it is a huge system with lots of dark corners and

**Mme Neault :** Ces renseignements sont disponibles auprès du SCC. L'évaluation à la prise en charge identifie les troubles mentaux sur la base des critères que nous avons identifiés à la page 6.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** En existe-t-il d'autres?

**M. Sapers :** La page 6 indique les facteurs utilisés pour l'évaluation.

Passant en revue ces chiffres, nous considérons que, à leur arrivée, sur la base des statistiques du Service correctionnel du Canada lui-même, 15 p. 100 ont fait l'objet d'une intervention psychologique ou psychiatrique récente. Nous pensons également qu'il y a une augmentation de 60 p. 100 des délinquants qui ont pu souffrir d'un trouble mental à un moment ou un autre. Ce trouble mental peut avoir été diagnostiqué à un moment donné, sans qu'ils soient sous traitement actif au moment de leur admission.

Nous savons également que la dépression peut être un facteur conduisant à l'automutilation, à la tentative de suicide et au suicide réussi. Cependant, malheureusement, nous n'avons pas beaucoup de données historiques sur l'automutilation et les suicides qui autoriseraient une comparaison et nous permettraient de rattacher ces chiffres à ceux des statistiques à l'admission.

Un autre énorme facteur lié au fait que la population carcérale a quelque peu évolué au cours des dix dernières années réside dans la désinstitutionalisation croissante de la part des gouvernements provinciaux. Nombre de ces personnes déshospitalisées entrent en conflit avec la loi et aboutissent en prison.

Je ne pense pas que la cause réside dans un seul facteur; cependant, nous savons que l'augmentation du nombre de délinquants souffrant de troubles mentaux est très réelle et très marquée.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Quel pourcentage de la population carcérale fait une tentative de suicide?

**Le président :** Il y en a eu 19 l'an dernier.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Mais quel pourcentage de la population cela représente-t-il?

**Mme Neault :** Deux tiers des femmes, 71 p. 100 des femmes, ont fait une tentative de suicide dans un établissement à sécurité maximale, comparé à 21 p. 100 des hommes. Mais ces chiffres concernent exclusivement le milieu à sécurité maximale.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Vous n'avez pas de chiffre pour l'ensemble de la population?

**Mme Neault :** Non.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Si vous remontez en arrière, mettons de 25 ans, un quart de siècle, y a-t-il eu un changement notable pour le mieux sur le plan de l'approche de réadaptation dans le milieu carcéral?

**M. Sapers :** Je considère que le Canada a l'un des meilleurs systèmes correctionnels du monde. Il est plus objectif, plus humain et plus professionnel que presque partout ailleurs dans le monde. Cela dit, c'est un système énorme comportant beaucoup



with still much to learn. Unfortunately, we do not apply what we have known and what we have learned. All kinds of things get in the way of applying that evidence to correctional programming.

So, yes, I think things have gotten better, but that is, of course, a relative statement. We still have a very high rate of incarceration. We still over-incarcerate Aboriginal Canadians. We still are abusing some very fundamental rights when it comes to security classifications and access to treatment. The service continues to act, I believe, in defiance of the law in terms of applying the least restrictive measures, with a whole host of policies, not the least of which is an arbitrary placement into maximum security for a certain class of offenders for two years.

So while things are better, we have a very long way to go. Unfortunately, we do not always react well to the research and we see that the service gets very defensive about making changes in policies when evidence is generated that is contrary to their operations.

**Senator Trenholme Counsell:** I was hoping to hear something more optimistic, but that is all right.

I wish to talk about the four-point strategy, specifically, national requirements for treatment centres. In New Brunswick, where I come from, we have the Shepody Healing Centre at the Dorchester Penitentiary. Is the healing centre a maximum-security institution?

**Ms. Neault:** It is medium security.

**Senator Trenholme Counsell:** Are those healing centres developing across the country?

**Ms. Neault:** There are five treatment centres, one in every CSC region. They are designed to provide mental health services to those who have been identified with a psychiatric disorder. We would like to think that they have been developed, given that there is only one per region to provide services to all levels of security. However, that is not necessarily the case. The one in the Prairies, the one in the Pacific, the one in Ontario, are providing services to maximum security inmates. When it comes to Shepody, that is not the case.

At Atlantic Institution, 12 offenders had been ongoing, long-term segregation cases, who, according to the psychological staff, presented definite symptoms of mental illness. Staff tried repeatedly to get those individuals admitted to the Shepody Healing Centre, but the Shepody Healing Centre said that they did not have the structure to be able to admit maximum-security offenders. Given that there is only one healing centre in that region, what do you do with these offenders? Moving them out to another region away from their community — which is often all the support they have, and that in itself is very often very limited — is not consistent with the whole purpose of being able to reintegrate these individuals. They remain in segregation units, seeing a psychologist once a month to make sure they are not suicidal.

de recoins sombres et nous avons encore beaucoup à apprendre. Malheureusement, nous n'appliquons pas ce que nous savons et avons appris. Toutes sortes de choses se mettent en travers de l'application de ces connaissances à la programmation correctionnelle.

Donc, oui, je pense que les choses se sont améliorées, mais tout cela, bien entendu, reste relatif. Nous avons toujours un très fort taux d'incarcération. Nous continuons à incarcérer à l'excès les Canadiens autochtones. Nous continuons à enfreindre des droits très fondamentaux s'agissant des classifications sécuritaires et de l'accès au traitement. Le Service continue d'agir, à mon avis, contrairement à la loi lorsqu'il s'agit d'appliquer les mesures les moins restrictives, du fait de toute une série de politiques, dont la moindre n'est pas un placement arbitraire en sécurité maximale pendant deux ans de certaines catégories de détenus.

Ainsi, s'il y a des améliorations, il reste encore un long chemin à parcourir. Malheureusement, nous ne réagissons pas toujours bien aux résultats de recherche et nous voyons que le service reste toujours très défensif et réticent à modifier les politiques lorsque des éléments de preuve apparaissent qui condamnent ces modes de fonctionnement.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** J'espérais entendre quelque chose de plus optimiste, mais tant pis.

J'aimerais parler de la stratégie en quatre points, plus particulièrement du besoin national de centres de traitement. Au Nouveau-Brunswick, d'où je viens, nous avons le Centre de traitement Shepody au pénitencier de Dorchester. Est-ce que le centre de traitement est un établissement à sécurité maximale?

**Mme Neault :** Il est à sécurité moyenne.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Est-ce que l'on commence à mettre en place de tels centres de traitement à travers le pays?

**Mme Neault :** Il existe cinq centres de traitement, un dans chaque région du SCC. Ils sont conçus pour fournir des services de santé mentale à ceux diagnostiqués comme souffrant d'un trouble psychiatrique. Nous aimerions croire qu'il en existe partout, sachant qu'il n'y en a qu'un seul par région pour servir tous les niveaux de sécurité. Cependant, ce n'est pas nécessairement le cas. Celui des Prairies, celui du Pacifique, celui de l'Ontario, tous fournissent des services aux détenus à sécurité maximale. Or, ce n'est pas le cas du Centre Shepody.

Au pénitencier de l'Atlantique, 12 détenus sont toujours placés en isolement de longue durée et présentent, selon les psychologues, des symptômes avérés de maladie mentale. Le personnel a essayé de façon répétée de faire admettre ces détenus au Centre de traitement Shepody, mais celui-ci dit ne pas savoir la structure requise pour recevoir des détenus à sécurité maximale. Étant donné qu'il existe un seul centre de traitement dans cette région, que fait-on de ces détenus? Les envoyer dans une autre région, loin de leurs proches — qui sont souvent leur seul soutien et qui lui-même est très souvent réduit — est contraire à tout l'objectif de la réinsertion de ces personnes. Ils restent donc dans ces unités d'isolement, voyant un psychologue une fois par mois pour vérifier qu'ils ne sont pas suicidaires.

Policy requires that an inmate in segregation be seen by a psychologist once a month. Psychologists would prefer to see these individuals on an individual basis, because oftentimes they cannot take group programming, particularly not when they are in segregation. However, there is a waiting list as long as my arm in terms of offenders who want psychological services, and there are very limited resources. There are two psychologists for a population of nearly 300 inmates.

**Senator Trenholme Counsell:** Is it correct to say that it is not the will but it is the budget?

**Ms. Neault:** It is the budget and the structure as well. In terms of Shepody, there are a number of concerns for Shepody. Correctional Service of Canada recognizes that the structure of this facility needs to be changed. They need a new facility. We have been told for years that a construction project has been approved, but it has yet to occur.

**Senator Trenholme Counsell:** No, that is partly because of the historical nature of the old building — which is a very hot subject right now.

Are the literacy programs — and I have been part of them — limited to minimum- or medium-security institutions?

**Ms. Neault:** Maximum-security offenders and those in segregation can take what is referred to as schooling through cell studies — the professor provides homework for the offender to do in his cell. However, again, these literacy programs are designed for the average offender who has the ability to learn.

The service has found and we found that individuals with ADHD and FAS do not have the ability to integrate the information; as such, they need programs that are designed to meet their needs. That is just not the case — which is not surprising, given that the service is not capturing those disabilities at the front end of the process. They do not really know how many offenders present with ADHD or FAS.

**Senator Callbeck:** More has to be done to sensitize the staff to people with mental illness. What training do staff get right now? For example, what training does a new guard get before going to, say, Springhill?

**Ms. Neault:** We have not done an overall review of the training available to officers. However, there is the basic correctional officer program, which is a couple of weeks at one of the training centres they have in each region; that program is primarily focussed on security. That program teaches things such as when to apply handcuffs, how to escort an offender, how to do a strip search, et cetera. We are not saying that this is not necessary training; it is.

La politique requiert qu'un détenu en isolement voie un psychologue une fois par mois. Les psychologues préféreraient voir ces personnes individuellement, car souvent ils ne peuvent suivre des programmes de groupe, particulièrement pas lorsqu'ils sont en isolement. Cependant, il y a une liste d'attente longue comme mon bras de détenus en attente de services psychologiques et les ressources sont très limitées. Il y a seulement deux psychologues pour une population de presque 300 détenus.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Peut-on dire que ce n'est pas une question de volonté, mais de budget?

**Mme Neault :** C'est un problème de budget, mais aussi de structure. Dans le cas de Shepody, il y a plusieurs difficultés. Le Service correctionnel du Canada reconnaît qu'il faut modifier la structure de cet établissement. Il faudrait de nouveaux locaux. Cela fait plusieurs années que l'on nous dit qu'un projet de construction a été approuvé, mais les travaux n'ont toujours pas démarré.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** C'est dû en partie au caractère historique du vieux bâtiment — un sujet très chaud en ce moment.

Est-ce que les programmes d'alphabétisation — et j'y ai travaillé — sont limités aux établissements à sécurité minimale ou moyenne?

**Mme Neault :** Les détenus à sécurité maximale et ceux en isolement peuvent suivre ce que l'on appelle des études en cellule — le professeur donne des devoirs à faire par le détenu dans sa cellule. Cependant, là encore, ces programmes d'alphabétisation sont conçus pour le délinquant moyen qui a la faculté d'apprendre.

Le Service a constaté, et nous aussi, que les sujets atteints de THADA et de TSAF ne sont pas en mesure d'absorber l'information; aussi, ils ont besoin de programmes spécifiquement conçus pour eux. Or il n'en existe pas — ce qui n'est pas surprenant, vu que le Service ne dépiste pas ces incapacités au moment de la prise en charge. Il ne sait réellement pas combien de détenus sont atteints de ces deux troubles.

**Le sénateur Callbeck :** Il faut faire davantage pour sensibiliser le personnel aux maladies mentales. Quelle est la formation dispensée actuellement? Par exemple, quelle formation reçoit un nouveau gardien avant d'être envoyé, mettons, à Springhill?

**Mme Neault :** Nous n'avons pas fait de recensement global de la formation offerte aux gardiens. Toutefois, il y a le programme de formation de base des agents correctionnels, qui dure deux semaines, dispensé dans l'un des centres de formation existant dans chaque région; ce programme est principalement axé sur la sécurité. Ce programme enseigne des choses telles que quand mettre des menottes, comment escorter un détenu, comment effectuer une fouille à corps, et cetera. Nous ne disons pas que cette formation n'est pas nécessaire, car elle l'est.



However, to bring the mental health issue into it, if the offender who has learning disabilities cannot respond appropriately to being given an order, he will be charged — that is the reality — and he will be subject to a disciplinary sanction.

**Senator Callbeck:** In other words, the guards are getting next to nothing in terms of how to deal with mentally ill people?

**Ms. Neault:** If they are getting training, I am not aware of it in terms of a mental health perspective.

**Senator Callbeck:** You talked about 8,000 complaints. How many of those have been investigated, roughly?

**Mr. Sapers:** Every complaint that comes into the office is treated as a legitimate complaint. Many, as you can appreciate, end up falling away, for a number of reasons: They may be out of our jurisdiction, they may in fact be frivolous, or they may come from somebody who is a chronic complainer to the office — which speaks as well to mental health issues.

The number of actual investigations is probably half of the complaints that come in. As well, as I said, last year there were just shy of 2,500 meetings with inmates across the country, those meetings being part of the investigative process. The investigative staff will meet with the individual offender and then they will deal with the administration in that correctional centre.

The operating philosophy for the office is to try to resolve the issue at the lowest, quickest possible level. A complaint might be as simple as, “I was transferred to this institution, but I do not have any personal effects yet.” The investigation will involve confirming the inmate’s complaint, finding out why the personal effects have not been delivered, and then meeting with the institutional staff to try to resolve it. A complaint could be a much more complicated issue, as well, dealing with a rather significant abuse of a legal or a human right.

In addition, the office reviews all use-of-force incidents. There are about 1,000 what is referred to as purposeful use-of-force incidents, where, because of a security issue, staff has to do a cell extraction or something to that effect. Use-of-force incidents are videotaped, including application of handcuffs or use of gas to quell a disturbance. The videotape will be reviewed by my office to determine whether the use of force was compliant with the law and policy.

**Ms. Neault:** About 30 to 40 per cent of the complaints we receive are premature. What I mean by that is that the offender has made no attempt to try to resolve the issue at the institution. CSC has its own internal grievance process. We often advise the offender to follow that process.

However, in reality, we investigate a lot more than we should. As it stands now, CSC’s internal grievance process is about six to eight months behind at the national level, in responding to grievances, and therefore we tend to be involved more than we

Cependant, pour intégrer la dimension santé mentale, si le détenu est atteint de difficultés d’apprentissage et ne peut réagir adéquatement à un ordre, il va être mis en accusation — c’est la réalité — et sera sujet à des sanctions disciplinaires.

**Le sénateur Callbeck :** Autrement dit, les gardiens ne reçoivent pratiquement aucune formation concernant le traitement des malades mentaux?

**Mme Neault :** S’ils reçoivent une formation, je n’ai pas connaissance qu’elle comporte une dimension de santé mentale.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez fait état de 8 000 plaintes. Combien d’entre elles ont fait l’objet d’une enquête, approximativement?

**M. Sapers :** Chaque plainte que nous recevons est traitée comme légitime. Comme vous l’imaginez, nombre d’entre elles restent sans suite, pour diverses raisons : elles peuvent échapper à notre juridiction, elles peuvent être frivoles ou bien émaner d’un sujet qui se plaint chroniquement — en soi un signe de maladie mentale.

Le nombre d’enquêtes est probablement de la moitié des plaintes reçues. En outre, comme je l’ai dit, l’an dernier nous avons eu juste un peu moins de 2 500 entretiens avec des détenus à travers le pays, ces rencontres s’inscrivant dans le processus d’enquête. Le personnel enquêteur rencontre chaque plaignant individuel et prend ensuite contact avec la direction du centre correctionnel.

La philosophie opérationnelle de notre Bureau est d’essayer de résoudre le problème au niveau le plus bas et le plus rapide possible. Une plainte peut être aussi simple que : « On m’a transféré dans cet établissement, mais mes effets personnels n’ont pas encore suivi ». L’enquête consistera à confirmer les dires du détenu, à déterminer pourquoi les effets personnels n’ont pas suivi, puis à rencontrer les responsables du pénitencier pour régler le problème. Ou bien une plainte peut porter sur un problème beaucoup plus complexe mettant en jeu une violation plutôt qu’une conséquence d’un droit légal ou humain.

En outre, le Bureau se penche sur tous les incidents comportant l’usage de la force. Il y a environ 1 000 incidents mettant en jeu ce que l’on appelle le recours délibéré à la force, ou, pour une raison de sécurité, le personnel doit effectuer une extraction de cellule ou quelque chose du genre. Les incidents de recours à la force sont filmés sur bande vidéo, notamment l’application de menottes ou l’emploi de gaz pour calmer une agitation. Mon Bureau visionne la bande vidéo pour déterminer si l’usage de la force était conforme à la loi et à la politique.

**Mme Neault :** Entre 30 et 40 p. 100 des plaintes que nous recevons sont prématurées. J’entends par là que le détenu n’a fait aucune tentative pour régler le problème dans l’établissement. Le SCC possède son propre mécanisme interne de règlement des griefs. Nous conseillons souvent au détenu de suivre ce processus.

Cependant, en réalité, nous faisons beaucoup plus d’enquêtes que nous ne devrions. À l’heure actuelle, le mécanisme de grief interne du SCC a un arriéré de griefs à l’échelle nationale de six à huit mois et donc nous tendons à être amenés à intervenir plus que

should. Their own internal process is not meeting their legal mandate — which is that there be an objective and proper response in trying to resolve the issues, so they do not become larger issues. Therefore, we do investigate things that we typically would tend to refer back to service, because of their inefficient grievance process.

The sad thing about offenders who have mental disorders is that they do not tend to complain, they do not tend to call us. How do we know about them? Our policy is that every time we visit an institution we go the segregation unit and speak to all of the offenders, to review their cases — because that is the population that tends to be forgotten. It is entirely voluntary on the part of the offender, however.

There was one case that left an extreme impact on me. As I was walking through a maximum security institution, I saw a man being escorted to health care. He had blood all over the place because he had self-injured. When I spoke to him he told me that he wanted to see his family. As well, he said, “I have not seen the psychologist, because he does not have time to see me. I have been in segregation for four months. I keep on telling them I want to do better. I want to take programs, but there are no programs for me.”

That is why we go to the segregation unit. That is how we find out about those cases.

**Senator Callbeck:** You said that it was mandatory to complete grade 10. In terms of the inmate who has difficulty reading and cannot do the course work, do they just stay in their cell?

**Ms. Neault:** There is not any program that I am aware of that is designed for those individuals. If they have to write anything, usually they will ask another inmate to write the letter for them or to complete an application for them.

When I say it is mandatory, the service requires it, but if the offender really does not want to take the available program — some of them say, “I am too old to go to school” — the institution will not impose it physically. However, the consequences are that the inmate's pay will be reduced to what they call the “unemployment pay,” which means will earn \$2.50 a day.

A growing proportion of the inmate population — the same as in the community — is increasingly an elderly population, so they present special needs. I know of an offender who wanted to buy an A535-type cream to rub on his back. He told me that it takes two days' pay just to purchase one tube of cream. He wanted to be able to earn more. Not all offenders are refusing to work, not all offenders are unmotivated. Some offenders want to contribute to their families in the community. The most an offender can earn per day is \$6.90, but there are restrictions. Only a certain number of offenders per institutions are entitled to receive that level of pay; otherwise, the institution will not meet its budget.

nous ne devrions. Leur propre mécanisme interne ne répond pas à leur mandat légal — qui est de donner une réponse objective et appropriée pour tenter de régler les problèmes avant qu'ils ne s'enveniment. Par conséquent, nous faisons des enquêtes sur des plaintes que nous aurions plutôt tendance à renvoyer au Service, à cause de l'inefficacité de son mécanisme des griefs.

Le plus triste, c'est que les détenus qui ont des troubles mentaux tendent à ne pas se plaindre, à ne pas nous appeler. Comment connaissons-nous leur existence? Notre politique consiste, chaque fois que nous visitons un établissement, à nous rendre dans l'unité d'isolement et à parler à tous les détenus qui s'y trouvent, pour examiner leur cas — car c'est une population qui est souvent oubliée. Mais cela est entièrement volontaire de la part du détenu.

J'ai connu un cas qui m'a fortement touché. Alors que je traversais un établissement à sécurité maximale, j'ai vu un homme escorté à l'infirmerie. Il était couvert de sang car il s'était mutilé. Lorsque je lui ai parlé, il m'a dit qu'il voulait voir sa famille. Il a dit aussi : « Je n'ai pas vu le psychologue car il n'a pas le temps de me voir. Je suis en isolement depuis quatre mois. Je n'arrête pas de leur dire que je veux m'améliorer. Je veux suivre des programmes, mais il n'y en a pas pour moi ».

C'est pourquoi nous allons dans les unités d'isolement. C'est ainsi que nous découvrons ces cas.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez dit qu'il est obligatoire de terminer la 10<sup>e</sup> année. Dans le cas du détenu qui a de la difficulté à lire et ne peut simplement pas suivre les cours, est-ce qu'ils restent simplement dans leur cellule?

**Mme Neault :** À ma connaissance, il n'existe aucun programme qui soit conçu pour ces personnes. Si elles doivent écrire quoi que ce soit, habituellement elles vont demander à un autre détenu d'écrire la lettre ou de remplir un formulaire.

Lorsque je dis que c'est obligatoire, cela signifie que le service l'exige, mais si le détenu ne veut réellement pas suivre le programme disponible — certains vont dire « Je suis trop vieux pour aller à l'école » — l'établissement ne va pas l'imposer physiquement. Cependant, les conséquences sont que la paie du détenu sera ramenée à ce que l'on appelle « la solde de chômage », c'est-à-dire 2,50 \$ par jour.

Une proportion croissante de la population carcérale — dans les mêmes proportions que dans la population générale — est âgée, et présente des besoins spéciaux. Je connais un détenu qui voulait s'acheter une pommade de type A535 pour son dos. Il m'a dit qu'il lui faut deux jours de salaire rien que pour acheter un tube de pommade. Il souhaitait gagner plus. Tous les détenus ne refusent pas de travailler, tous ne manquent pas de motivation. Certains veulent envoyer de l'argent à leur famille. Le plus qu'un détenu peut gagner par jour, c'est 6,90 \$, mais il y a des restrictions. Seul un certain nombre de détenus par établissement ont droit à ce niveau de salaire, car autrement l'établissement dépassera son budget.



There are many variables. However, it is the offenders who are mentally ill and who are unable to take programs that earn \$2.50 a day.

**Senator Callbeck:** You mentioned that your last report included four recommendations. What were they and has there been any action taken?

**Mr. Sapers:** The four recommendations are this: First, that there be a full accounting for all of the recommendations made by Justice Arbour, coming out of the Prison for Women hearings in Kingston about 10 years ago. We do not believe the service has fully implemented the recommendations, although they say they have. There are some significant gaps. They have been documented by other observers, not just by our office, most recently, in fact, the Canadian Human Rights Commission.

CSC, subsequent to our recommendation being directed to the minister, committed to publishing a full accounting of how they have responded to those recommendations. Ten years, in our opinion, is far too long to respond to those recommendations, again given that we are talking about the violation of human rights when it comes to things like custody classification and discrimination against certain classes, particularly Aboriginal women.

We also recommended that the service immediately implement a prison-based needle exchange program to deal with the public health risks associated with the growing infection rate of hepatitis-C and HIV. There are several jurisdictions in Europe that have prison-based needle exchange programs. They work, in the sense that infection rates are down and the release of healthy inmates has increased. There have been no reported increases either in the incidence of drug abuse within prisons or in the use of syringes in assaults, which has been an issue that has been raised but primarily by the union.

We also recommended that the Correctional Service of Canada immediately appoint a deputy commissioner responsible for Aboriginals. The executive management table of the Correctional Service of Canada unbelievably does not include a senior executive responsible for Aboriginal offenders. This has been a long-standing recommendation of our office, and the service continues to reject the recommendation.

A number of years ago, in response to a tragic and serious incident, CSC made a policy change — which resulted in the following. Instead of evidenced-based placement in security levels, instead of looking at the carefully constructed scale that assesses risk, to determine the security level for an inmate — and please remember that this scale was developed in response to the law that says the least restrictive option must always be used — the service arbitrarily decided that anybody sentenced to an indeterminate sentence, to a life sentence, would automatically be placed in maximum security for two years. That means that the individual would have restricted access to programs, restricted movement,

Il y a de nombreuses variables. Cependant, ce sont les détenus qui souffrent de maladie mentale et qui sont incapables de suivre les programmes qui gagnent 2,50 \$ par jour.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez dit que votre dernier rapport formulait quatre recommandations. Quelles étaient-elles et qu'elles ont été les suites?

**M. Sapers :** Les quatre recommandations sont les suivantes : Premièrement, qu'il y ait une pleine reddition de comptes sur l'exécution des recommandations formulées par la juge Arbour suite aux audiences sur la prison des femmes de Kingston il y a une dizaine d'années. Nous ne croyons pas que le Service ait pleinement mis en œuvre les recommandations, quoi qu'il en dise. Il y a des lacunes considérables. Elles ont été documentées par d'autres observateurs, pas seulement notre Bureau, et le plus récemment encore par la Commission canadienne des droits de la personne.

Le SCC, suite à la recommandation que nous avons adressée au ministre, s'est engagé à rendre pleinement compte des suites données à ces recommandations. À notre avis, dix années est un délai beaucoup trop long pour exécuter ces recommandations, sachant que nous parlons là de violation des droits de la personne concernant des aspects tels que la classification sécuritaire, et de discrimination à l'endroit de certaines catégories, en particulier les femmes autochtones.

Nous avons recommandé également que le Service mette en place immédiatement un programme d'échange de seringues en milieu carcéral pour contrer les risques pour la santé publique associés au taux croissant d'infection à l'hépatite C et au VIH. Plusieurs pays européens ont déjà mis en place de tels programmes d'échange de seringues. Ils sont efficaces, en ce sens que les taux d'infection y sont en baisse et que le taux des détenus en bonne santé à la libération est en hausse. On ne signale aucune augmentation des cas d'abus de drogue dans les prisons ou de l'emploi de seringues pour des agressions, un danger invoqué particulièrement par le syndicat.

Nous avons recommandé aussi que le Service correctionnel du Canada nomme immédiatement un sous-commissaire responsable des Autochtones. L'organigramme du Service correctionnel du Canada, c'est à peine croyable, ne comporte pas de cadre supérieur responsable des détenus autochtones. C'est là une recommandation ancienne de notre Bureau que le Service continue de rejeter.

Il y a plusieurs années, suite à un incident tragique, le SCC a modifié sa politique de la manière suivante. Au lieu d'une classification sécuritaire fondée sur des éléments objectifs, au lieu d'utiliser l'échelle d'évaluation du risque soigneusement conçue pour déterminer le niveau sécuritaire d'un détenu — et n'oubliez pas que cette échelle avait été élaborée conformément à la loi qui exige d'appliquer l'option la moins restrictive — le Service a arbitrairement décidé que quiconque est condamné à une peine de durée indéterminée, à une peine à vie, serait automatiquement placé en sécurité maximale pendant deux ans. Cela signifie que la personne a un accès restreint aux programmes, voit ses

all of those things that go along with a maximum security classification. This is contrary to law and policy — and it is, we believe, a significant violation.

The service has continued to stick to its guns and the minister has asked the service to be more accountable for that decision. There is a change in the way that that policy is being implemented but the policy has not been rescinded. We continue to believe that the service is operating outside of the law on that regard.

**The Chairman:** Thank you both for attending here today, for however depressing it may be, for painting such a realistic picture.

The committee adjourned.

---

VANCOUVER, Tuesday, June 7, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (Chairman) in the chair.

[English]

**The Chairman:** Senators, our witnesses this afternoon are Mr. Svend Robinson, followed by Mr. Rafe Mair and by Mr. Bill McPhee.

**Mr. Svend Robinson, Former Member of Parliament, as an individual:** Mr. Chairman, I am honoured to be in the presence of my colleagues here this morning, and folks for whom I have great respect. Rafe Mair and I go back an awful long way, and certainly it is a privilege to be able to share a few thoughts with you and to see old friends around the table as well, and former parliamentary colleagues.

I am here with some sense of trepidation, because for me this has been a very new process of coming out, if you will. I struggled with my decision to speak out publicly, for reasons that you will understand, as a person who was in public life for many years and loved the work that I did and felt such a huge sense of honour to be able to do that work. I was acutely aware, and am acutely aware, of the extent to which there is still a huge stigma around the issues of mental health and mental illness.

In my brief comments, I want to first thank you as senators, as members of this committee, for the leadership that you are showing on this issue. I think it is incredibly important. I read the work that you have done, line by line, last month. The beginning of last month, as some of you will know, I was in Nova Scotia and I was a keynote speaker for Mental Health Week in Nova Scotia. It was a wonderful occasion. It was called an "Inspiring Lives" luncheon and it was held to honour a number of people who had overcome huge obstacles in dealing with mental illness and had shared their stories with the public. I was there to help honour

mouvements restreints, tout ce qu'implique une classification de sécurité maximale. C'est contraire et à la loi et à la politique — et, pensons-nous, cela représente une violation considérable.

Le Service persiste et signe et le ministre lui a demandé de justifier cette décision. L'application de cette politique a été quelque peu adaptée, mais la politique elle-même subsiste. Nous persistons à croire que le Service ignore la loi sur ce plan.

**Le président :** Merci à vous deux d'être venus pour brosser un tableau aussi réaliste, aussi déprimant soit-il.

La séance est levée.

---

VANCOUVER, le mardi 7 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 heures pour examiner des questions touchant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président :** Chers collègues sénateurs, nos témoins cet après-midi sont M. Svend Robinson, qui sera suivi de M. Rafe Mair et de M. Bill McPhee.

**M. Svend Robinson, ancien député, à titre personnel :** Monsieur le président, je suis honoré d'être en présence de mes collègues ce matin, et de personnes que je respecte au plus haut point. Rafe Mair et moi nous nous connaissons depuis très longtemps, et je me sens privilégié d'avoir l'occasion aujourd'hui de vous faire part de mes réflexions sur la question que vous examinez et de voir de vieux amis et d'anciens collègues parlementaires autour de cette table.

J'avoue que je suis un peu angoissé de me présenter devant vous aujourd'hui, parce que parler de ma situation en public, si vous voulez, est quelque chose de très nouveau pour moi. La décision d'en parler publiquement a été déchirante pour moi, pour des raisons que vous allez certainement comprendre, étant donné que j'ai été député pendant de nombreuses années, et non seulement j'adorais mon travail, mais je me sentais honoré de pouvoir accomplir ce travail. J'étais très conscient et je le suis encore de la déconsidération qui continue à accompagner la santé mentale et la maladie mentale.

Avant de vous faire quelques brèves observations, je voudrais tout d'abord vous remercier, sénateurs et membres du comité, du leadership dont vous faites preuve en menant cette étude. En ce qui me concerne, c'est très important. J'ai lu chaque ligne de ce que vous avez écrit à ce sujet le mois dernier. Au début du mois, comme certains d'entre vous le savent déjà, j'étais en Nouvelle-Écosse à titre de conférencier principal pour l'inauguration de la Semaine de la santé mentale dans cette province. C'était merveilleux. Il s'agissait d'un déjeuner auquel on avait donné le thème « Inspiring Lives » qui avait été organisé



them and also to talk a bit about my own struggle and challenges, to the extent possible, in hopefully a positive and hopeful way, and I was blown away by the response. »

I was there the week before your committee held hearings in Halifax, and I took the opportunity during my speech to talk about the work you were doing, to commend it, to encourage people to attend your hearings and to make representations. Also, I understand, you have an Internet capacity, which is quite unique and extraordinary, so I was also touting the virtues of that. I have been doing whatever I could to encourage folks to participate in the work of this committee. I think you have the potential to make a real difference.

When I talked about coming out, I have been struck by the parallel between my own journey as a gay man in coming out many years ago, as the first openly gay man, and the struggles which face folks that are living with mental illness. Many of the same challenges face me today as faced me then. The fear of this leap into the unknown and not knowing what the response would be, the huge stigma that you all know about far better than I do — not just the stigma, but the discrimination, the stereotyping, and God knows we see so much of that stereotyping — we saw it around issues of equality for gay and lesbian people. The only images of gay people that I saw as a young gay man were either homicidal or suicidal; there was nothing positive and nothing affirming.

With respect to mental health and mental illness, too often it is the same thing, even though we know there is no direct link whatsoever, for example between violent crime and mental illness. In the minds of many in the public, there is that automatic kind of nexus. Frankly, one of my concerns in speaking out and speaking as a person living with mental illness was that I did not want to reinforce that link. What forced me to confront my own challenges was a criminal act, and that was a terrible thing, a devastating thing. Some of you know me personally; you know how absolutely devastating that was, and I struggled, and I thought, how can this happen? I did not understand it. It was so totally irrational, but in a sense that was ultimately life sustaining, because it forced me to go through the door of a very skilled therapist, who was able to work with me and to help me to recognize that I had been, probably for many years, living with a mood disorder. This was a way I had to confront it; I had no

pour rendre hommage à un certain nombre de personnes qui avaient réussi à contourner d'immenses obstacles liés à la maladie mentale et qui avaient accepté de raconter leur histoire au public. J'étais là pour leur rendre hommage et aussi pour parler un peu de ma propre lutte et de mes propres difficultés, dans la mesure du possible, et ce en leur communiquant un message axé sur la positivisme et l'espoir et la réaction des gens m'a vraiment sidéré.

J'étais là la semaine qui a précédé celle où le comité a tenu des audiences à Halifax, et j'ai justement saisi l'occasion, dans le contexte de mon allocution, de parler du travail que vous faites, de vous en féliciter et d'encourager les gens à assister à vos audiences et à se présenter devant vous pour faire part de leurs vues sur la question. De plus, je crois savoir que vous avez une capacité Internet, ce qui est tout à fait unique et extraordinaire, et je vantais aussi les vertus de ce système. Donc, je fais l'impossible pour encourager les gens à participer au travail de ce comité. Pour moi, vous avez la possibilité de vraiment faire évoluer la situation.

Je vous disais il y a quelques instants qu'il m'avait été difficile d'accepter de parler publiquement, et j'ai justement été frappé par le parallèle entre mon parcours en tant qu'homme gai qui a été le premier, il y a bien des années, à se déclarer ouvertement homosexuel, et les luttes auxquelles font face les personnes atteintes d'une maladie mentale. Je constate que je suis aujourd'hui confronté aux mêmes difficultés qu'à cette époque. La crainte de faire un saut dans l'inconnu sans savoir comment les gens réagiraient et en étant conscient de la déconsidération et du discrédit qui touchent la vie de gens dans ma situation, et que vous connaissez mieux que moi au fond pas seulement la déconsidération, mais la discrimination, les stéréotypes et Dieu sait que les stéréotypes sont tellement fréquents de nos jours; nous en avons été témoins justement dans le contexte du débat sur l'égalité pour les gais et les lesbiennes. Quand j'étais un jeune homme gai, pour moi les seules images de personnes gaies que je voyais autour de moi leur attribuaient des tendances soit meurtrières soit suicidaires, il n'y avait absolument rien de positif ou d'affirmatif.

En ce qui concerne la santé mentale et la maladie mentale, trop souvent c'est la même chose, même si nous savons qu'il n'y a absolument aucun lien entre la violence criminelle, par exemple, et la maladie mentale. Mais aux yeux de bien des citoyens, il y a cette tendance à établir un lien automatique entre les deux. Et pour vous dire la vérité, si j'hésitais à en parler publiquement et à parler de ce que j'ai connu en tant qu'individu atteint de maladie mentale, c'est en partie parce que je ne voulais pas renforcer le lien entre les deux dans l'esprit des gens. Ce qui m'a forcé à confronter mes propres difficultés était un acte criminel, et c'était quelque chose de terrible et de dévastateur. Certains d'entre vous me connaissaient à titre personnel; vous savez à quel point cela m'a accablé, anéanti, et je me suis demandé : comment cela a-t-il pu se produire? Je ne comprenais pas. C'était un acte tellement irrationnel, mais un acte qui dans un sens m'a maintenu en vie, puisqu'il m'a forcé à m'adresser à un psychologue très compétent,

choice. Had I not, the consequences may have been far more devastating.

What I hope to do, in whatever small and humble way I can, is to speak out. People like Rafe Mair have done such a remarkable job. I have read his books, and they have made a huge difference. Knowing that Rafe was able to speak out and it was not the end of life or the end of a career, gave me hope and strength as well. If I, in turn, can provide that to some folks and encourage them that, yes, they can live with mental illness, they can live a full life with mental illness, but they have to listen to the warning signals. I did not, but my partner Max pleaded with me to slow down and get help. I was Svend Robinson; I was invulnerable. That fear and uncertainty of knowing what would happen if I actually admitted that I needed help was a terrible thing to deal with, but I had no choice. I had to, and I have.

I want to pay tribute to mental health professionals who are working against incredible odds, totally inadequate resources, and so much that has to be done.

I want to say a couple of other things, because I know there will be an opportunity for exchanging views. I had the privilege of helping to write the Constitution of Canada. I was a member of the special committee in 1980/81. Senator Lucie Pépin and others will remember, and a lot of people do not know, we are, if not the only country in the world, one of the only countries that actually prohibits discrimination based on disability. That includes mental disability, and yet those words and that lack of discrimination unfortunately are still far from being a reality. I have had amazing letters from people, and I am sure Rafe has had the same thing, since I shared the fact that I am living with mental illness. The more I study this field and the more I talk with people, the more I realize how much work there is to be done.

Just as in coming out, the most important thing that could be done to help fight against the stigma and the stereotyping was to make people more aware. If you know somebody who is living with mental illness, if you know somebody who is gay or lesbian, you realize you are dealing with flesh and blood and human beings; our children, our friends, our family, the people we work with, our elected representatives and people we respect in the media and every walk of life. I hope that one of the important things your committee will be able to do is to put a human face on this. I was so glad to see that your first witnesses were people who were living themselves with mental illness. I will do whatever I can, in whatever way I can, to assist you in this work, and I hope to be able to speak out publicly wherever I can. I have already been in touch with the Canadian Mental Health Association

qui a pu travailler avec moi et m'aider à reconnaître que j'étais atteint, sans doute depuis bien des années, de troubles de l'humeur. De cette façon j'ai été obligé de confronter mon problème; je n'avais pas le choix. Si je ne l'avais pas fait, les conséquences auraient pu être encore plus néfastes encore.

Ce que j'espère faire, avec modestie et humilité, c'est parler aux gens de ce problème. Rafe Maie et d'autres ont fait un travail remarquable à cet égard. J'ai lu ses livres, et je sais qu'ils ont fait une grande différence pour bien des gens. Le fait de savoir que Rafe a pu parler de sa situation, sans que cela mette un terme ni à sa vie ni à sa carrière, m'a redonné espoir et m'a résolu à continuer. Si, de mon côté, je peux faire de même pour certaines personnes et les encourager en leur disant qu'il est possible de vivre et même de vivre une vie bien remplie en étant atteint d'une maladie mentale, mais ils devront le faire tout en étant sensibles à certains petits signaux. Pour ma part, je n'ai pas été sensible à ces signaux, alors que mon partenaire Max me suppliait de ralentir et de me faire soigner. J'étais Svend Robinson; j'étais invulnérable. Cette crainte qui m'envahissait et le fait de ne pas savoir ce qui m'arriverait si j'avouais avoir besoin d'aide était quelque chose de terrible, mais je n'avais pas le choix. Il fallait que je le fasse, et je l'ai fait.

Je voudrais donc rendre hommage à tous les professionnels qui soignent les maladies mentales qui font ce travail malgré tous les obstacles auxquels ils sont confrontés et malgré l'insuffisance des ressources dont ils disposent, alors qu'il y a tant à faire.

J'ai un ou deux autres petites remarques à vous faire, car je sais que nous aurons l'occasion tout à l'heure d'avoir un échange de vues. J'ai eu le privilège de contribuer à rédiger la Constitution du Canada. J'étais membre du comité spécial mis sur pied en 1980-1981. Le sénateur Lucie Pépin et d'autres s'en souviendront, mais bien des gens l'ignorent encore, à savoir que nous sommes sinon le seul pays du monde, l'un des rares pays du monde à interdire la discrimination pour raison d'incapacité. Cela inclut l'incapacité mentale, et malgré tout, cet énoncé et cette absence de discrimination sont malheureusement loin d'être une réalité. J'ai reçu des lettres tout à fait étonnantes de la part de certaines personnes et je suis sûr qu'il en va de même pour Rafe depuis que j'ai annoncé publiquement que je suis atteint de troubles mentaux. Plus j'étudie la question et plus j'en parle avec les gens, plus je me rends compte de l'ampleur du travail qu'il y a à accomplir dans ce domaine.

Comme c'était le cas quand j'ai déclaré mon homosexualité, je me rendais compte que la chose la plus importante que j'aurais à faire pour lutter contre la stigmatisation et les stéréotypes était de sensibiliser les citoyens de la situation de gens comme moi. Si vous connaissez quelqu'un qui a des troubles mentaux, si vous connaissez quelqu'un qui est gai ou lesbienne, vous vous rendez compte que vous avez affaire à un être humain en chair et en os; nos enfants, nos amis, les membres de notre famille, les gens avec qui nous travaillons, nos représentants élus et des gens que nous respectons dans les médias et dans tous les milieux. J'espère que l'une des réalisations du comité sera de montrer le côté humain de cette problématique. J'étais si heureux de voir que vos premiers témoins étaient des gens qui eux-mêmes sont atteints de maladie mentale. Je ferai ce que je pourrai, par tous les moyens, pour vous



folks, and I am going to continue to do that. I think we have an opportunity in Canada to be a world leader, and you as senators and this committee have the opportunity to really make a difference. I thank you for doing this and I welcome the opportunity to work with you.

**The Chairman:** First, we are determined to make a difference. Second — someone might have told you before — one reason we took up this study is, after we had finished our other health care studies, we found that the vast majority of the members of this committee have a member of their reasonably immediate family who has a significant mental illness. The notion that you can live with it, and so on, is one we understand.

Next, we have Mr. Rafe Mair, broadcaster, author, former provincial Minister of Health and mental health consumer.

**Mr. Rafe Mair, Journalist, as an individual:** Thanks very much, senator, and like Svend, lawyer as well; I have to admit all the bad parts.

**The Chairman:** I was trying to give you only good labels and that is why I left the LL.B. off.

**Mr. Mair:** Having been so far removed from politics, unlike everybody else in this room, I am going to stick a little closer to notes. I am doing that, Mr. Chairman — I hope you will forgive me — because some of the message here I simply do not want to let escape for reason of bad memory.

I am what is called a consumer of mental health services, having been diagnosed with depression and anxiety in about 1988. It happened this way and it was not without some moments of humour: I developed a pain in my right side, and after I consulted the *Columbia Medical Encyclopedia*, I diagnosed it as liver cancer. Having gotten more and more anxious, and being unable to do my job properly, I called my doctor, Dr. Mel Bruchet of Vancouver, and demanded of the receptionist that I see him immediately. When she asked why and I told her it was liver cancer, she paused perceptively and said, he could see me the following afternoon. That was not good enough, so I went to his office and I waited him out. He finally called me, and he poked around a bit, and he said, “You dumb bugger,” — we are good friends, we could say that — “you have not got liver cancer, you have got gallstones.” I told him he was wrong, and I asked him why he was lying to me. He got me an appointment for ultrasound the next day, and the doctor watching that instrument frowned every time it passed over the area of my liver. I said, “It is cancer of the liver, is it not?” I said, “Tell me the truth, I can take it,” which of course I certainly could not. The doctor turned me on my side, whereupon he gave me a couple of

aider à mener à bien ce travail, et j'espère pouvoir en parler en public chaque fois que j'en aurai l'occasion. J'ai déjà eu des contacts avec les responsables de l'Association canadienne pour la santé mentale, et je vais maintenir ces contacts. Au Canada, nous avons l'occasion d'être chefs de file, et vous, sénateurs et membres du comité, vous avez l'occasion de changer les choses. Je vous remercie pour ce que vous faites et je suis très heureux d'avoir l'occasion de travailler avec vous.

**Le président :** Premièrement, je tiens à dire que nous sommes résolus à changer les choses. Deuxièmement quelqu'un vous l'a peut-être déjà dit l'une des raisons pour lesquelles nous avons entrepris cette étude est qu'après avoir terminé nos autres études liées à la santé mentale, nous nous sommes rendu compte que la grande majorité des membres du comité ont, parmi les membres de leur propre famille, de leur famille relativement immédiate, une personne atteinte d'une maladie mentale grave. Par conséquent, nous comprenons très bien la notion selon laquelle on peut vivre en étant atteint de ce genre de maladie.

Nous accueillons maintenant M. Rafe Mair, journaliste, auteur, ancien ministre provincial de la Santé, et consommateur de services de santé mentale.

**M. Rafe Mair, journaliste, à titre personnel :** Merci beaucoup, sénateur; comme Svend, je suis, moi aussi, avocat; autant admettre tout ce qui a de négatif tout de suite.

**Le président :** Je voulais insister uniquement sur les aspects les plus positifs, et c'est pour cette raison que je n'ai pas parlé de votre diplôme de droit.

**M. Mair :** Comme cela fait un bon moment que je ne suis plus homme politique, contrairement à tous les autres dans cette salle, je vais essayer de m'en tenir à mes notes. Je précise, monsieur le président et j'espère que vous ne m'en tiendrez pas rigueur que si je veux me servir de mes notes, c'est parce que je ne voudrais pas négliger certains éléments importants de mon message du fait de n'avoir pas une bonne mémoire.

Je suis ce qu'on appelle un consommateur de services de santé mentale puisque je souffre depuis 1988 de dépression et d'anxiété. Avec certains éléments d'humour, voilà ce qui est arrivé : je ressentais une douleur du côté droit. Après avoir consulté l'*Encyclopédie médicale Columbia*, j'ai pensé être atteint du cancer du foie. L'anxiété s'est emparé de moi. Devenu incapable d'accomplir correctement mon travail, j'ai appelé le cabinet de mon médecin, le Dr Mel Bruchet, à North Vancouver, et j'ai exigé de le voir immédiatement. Lorsque la réceptionniste m'a demandé pourquoi, je lui ai répondu que j'étais atteint du cancer du foie. Après une pause discernable, elle m'a indiqué que le médecin me recevrait le lendemain après-midi. Je n'étais pas satisfait de ce qu'elle me proposait; par conséquent, je me suis rendu à son cabinet et j'ai attendu qu'il se libère. Il m'a alors examiné et m'a dit : « Espère de fou nous sommes de bons amis, et il pouvait donc se permettre de me dire ça tu n'as pas le cancer du foie; tu as un calcul biliaire ». Je lui ai répondu qu'il se trompait, et lui ai demandé pourquoi il me mentait. Il m'a donné un rendez-vous pour une échographie le lendemain. Lorsque le médecin qui manipulait l'instrument l'a placé sur mon foie, il a levé les sourcils. J'ai donc lancé : « C'est un cancer, n'est-ce pas?

chops with his hands over the affected area, and he looked up at the screen and he said, "There, you had a gallstone lodged in the entrance to the gallbladder." I said, "You mean, after all this, I only needed a blankety-blank chiropractor?"

In any event, I went back to Dr. Bruchet later and I went over the results of the ultrasound with him, and he talked to me about gallstones and how to deal with them and so on. Well, I called him a liar, and I accused him of hiding the truth from me. I hope I do not get emotional here, I will try not to, but out of the blue he asked, "How long ago was it that your daughter was killed?" Of course I asked, "What the hell has that got to do with liver cancer?" He said, "Just answer a few questions for me." By about number 3, I broke into uncontrollable sobbing. He consoled me and told me that in his opinion I was depressed, which was manifesting itself in bouts of extreme anxiety. He explained about serotonin, and I am sure you have heard a lot about this — if you have not, you sure will — and how I should not in any way feel ashamed. We quickly and luckily found the right medicine, and for the most part, it has worked. I can tell you, ladies and gentlemen, that I literally owe my life to Mel Bruchet, for I know I would not have been able to carry on if it were not for the great good fortune to have a doctor who knew something about depression.

Before I talk about my recommendations, let me say that some years later, against Dr. Bruchet's advice, I insisted on trying a new medicine. Of course he said, "Why would you do that? If it ain't broke, don't fix it." I insisted I wanted to try this new medicine that a psychiatrist had told me about, so that meant I was without any medication for two weeks. Those two weeks were spent on a vacation with my wife; at least it was supposed to be a vacation. I spent the whole time sobbing in her arms.

Some years later, while interviewing a wonderful doctor named Teresa Hogarth, who was a general practitioner, but who specialized in mental health problems, and incidentally had to leave the practice because she could not make a living doing that, I heard one man over the air describe how he felt and how his wife was telling him to put his chin to the wind and be like a man, and how he did not know what to do and all the rest of that stuff. I found myself telling him, and some 100,000 other people, that I too was depressed and how the good news was that help, almost often spectacular help, is available. I am only half-way there. Svend has had two coming outs, but I have had one, and I will tell you, that was plenty. The problem is, I was not telling this man the whole truth, which is that there is help available, if you happen to be lucky enough to have a doctor who knows something about depression.

Dites-moi la vérité, je peux supporter » alors que c'était tout le contraire, évidemment. Le médecin m'a demandé de me mettre sur le côté. Il a pétri la zone en question, a consulté l'écran, et m'a dit : « Voilà, c'est un calcul biliaire situé à l'entrée de la vésicule biliaire. » Alors j'ai répondu : « Vous me dites qu'après tout ça, je n'ai besoin que des services d'un fichu chiropraticien? »

En tout cas, je suis retourné voir le Dr Bruchet quelques jours plus tard pour qu'il me présente les résultats de l'échographie. Là il me parlait du traitement du calcul biliaire, et cetera, et cetera. Alors je l'ai traité de menteur, et l'ai accusé de me cacher la vérité. J'espère que je ne vais pas me laisser gagner par mes émotions, et je vais essayer de ne pas le faire; tout d'un coup, il m'a donc demandé combien de temps s'était écoulé depuis le décès de ma fille. Je lui ai répondu en lui demandant quel était le rapport entre cet événement et le cancer du foie. Il m'a alors demandé de répondre à quelques questions. À la troisième, je n'ai pas pu retenir mes sanglots. Il m'a consolé, puis m'a déclaré qu'il croyait que je faisais une dépression qui se manifestait par des épisodes anxieux extrêmes. Il m'a parlé de la sérotonine, et je suis sûr que vous en avez beaucoup entendu parler ou que vous en entendrez parler, si ce n'est déjà fait et m'a dit que je ne devais pas du tout avoir honte. Heureusement nous avons rapidement trouvé le médicament approprié, en règle générale, il est efficace. Je peux vous dire, mesdames et messieurs, que je dois ma vie à Mel Bruchet, parce que je sais que je n'aurais jamais été capable de continuer si je n'avais pas eu la chance d'avoir un médecin qui savait ce qu'est la dépression.

Avant de passer aux recommandations que je souhaite faire, j'aimerais dire que, quelques années plus tard, contre l'avis du Dr Bruchet, j'ai insisté pour essayer un nouveau médicament. Bien entendu, il m'a dit : « Pourquoi voulez-vous faire ça? Comme on dit le mieux est parfois l'ennemi du bien. » Mais j'ai insisté pour essayer ce nouveau médicament dont m'avait parlé un psychiatre, ce qui voulait dire que je devais arrêter de prendre mon médicament habituel pendant deux semaines. J'ai passé ces deux semaines en vacances avec ma femme, c'est-à-dire que c'était censé être des vacances, alors que j'ai passé tout mon temps à pleurer de façon incontrôlable dans les bras de ma femme.

Quelques années plus tard, lorsque j'intervieais un médecin incroyable, Dre Teresa Hogarth, qui était omnipraticienne spécialisée dans le traitement des problèmes de santé mentale qui, soit dit en passant, a dû changer de domaine parce qu'elle n'arrivait pas à gagner sa vie, j'ai écouté pendant qu'un auditeur décrivait comment il se sentait, parce que sa femme lui disait de retrousser ses manches et d'agir comme un homme, il disait qu'il ne savait pas quoi faire. Alors je lui ai mentionné, ainsi qu'à quelques 100 000 autres personnes qui nous écoutaient, que je souffrais moi aussi de dépression et que la bonne nouvelle, c'est qu'il existait de l'aide, souvent extraordinaire. J'ai gagné la bataille à moitié. Svend a déjà eu à deux reprises à faire des aveux difficiles en public, mais dans mon cas, je ne l'ai fait qu'une fois, et je peux vous dire que cela m'a bien suffi. Le problème, c'est que je ne disais pas toute la vérité; c'est vrai que l'aide existe, mais uniquement si vous avez la chance d'avoir un médecin qui sait un peu ce qu'est la dépression.



I was speaking to Senator Kirby about this before we got going: Over the years, I have hosted an annual depression screening day in conjunction with the B.C. branch of the Canadian Mental Health Association. We have about a dozen mental health counsellors taking calls off air, as I do a show at the same time about the subject. They take hundreds of calls, and they could take hundreds more if time permitted. These callers have all finally got up the nerve to admit they have a mental health problem and have screwed up enough courage to seek help. What can these volunteers tell them? Basically they can tell them, "Call your doctor and pray to God that he or she knows something about mental health." The problem is, for the most part, even today, they do not.

Mr. Chairman and ladies and gentlemen of the Senate, I want to give you some recommendations, not only because of my own mental health condition, but from what I observed over the last 15 years or so.

I think that every medical doctor, as a condition of a certificate to practice, must have passed a course in diagnosing and, in appropriate cases, dealing with mental illness. I ask you this: Can you imagine if a woman went to see her doctor with a lump on her breast being told, "Sorry, madam, I do not do lumps, but I can get you in to see a specialist within six months to a year." Yet, the equivalent of that happens regularly to people who have overcome the stigma attached to mental health and go to their doctor. We are not talking rocket science. It is a matter that the medical schools and the colleges of physicians and surgeons can deal with immediately. Although all suicides are tragic, the most tragic of all, of course, are young people whose deaths come because symptoms were not recognized and properly medically treated. Doctors must know the signs of all depression, all mental illness, but particularly that of teenage depression, and be able to advise parents and kids alike.

Second, general practitioners must be appropriately compensated for the time it takes to deal with mentally ill people. Unfortunately, mental illness is not like other illnesses; X-rays and all those kinds of diagnostic tools are not really the basis of the diagnosis. The evidence does not come from them nearly so much. It comes from careful understanding, questions and advice from doctors, and that takes time. Doctors are not adequately compensated for that time, so it is a disincentive for doctors to learn anything about mental health for fear they will have to spend a lot of uncompensated time dealing with it.

The third note I have is that every medical association in the country must be encouraged to keep a list of general practitioners who are equipped and able to take mentally ill people as patients. It is preposterous, indeed highly dangerous, to turn away a mentally ill person, even with some recommendations of, "Stiff

J'en parlais avec le sénateur Kirby avant le début de la réunion : au fil des ans, j'ai été l'hôte d'une journée annuelle de dépistage de la dépression qui est organisée de concert avec la section de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale. Nous avons une douzaine de conseillers en santé mentale qui répondent aux appels des auditeurs en dehors des ondes, pendant que je présente une émission sur le sujet. Ils répondent à des centaines d'appels, et pourraient répondre à plusieurs centaines d'appels de plus s'ils avaient le temps. Tous ces auditeurs ont enfin trouvé le courage d'avouer qu'ils souffrent d'une maladie mentale et qu'ils ont besoin d'aide. Que peuvent leur dire ces bénévoles? Ce qu'ils peuvent leur dire, essentiellement, c'est appeler leur médecin et de prier pour qu'il ait les connaissances voulues en santé mentale. Le problème, c'est que la grande majorité des médecins ne possèdent pas ces connaissances, même aujourd'hui.

Monsieur le président et mesdames et messieurs honorables sénateurs, je voudrais vous faire quelques recommandations en me fondant non seulement sur mes propres troubles mentaux, mais sur ce que j'ai observé au cours des 15 dernières années.

À mon avis, pour obtenir leur permis d'exercer la médecine, tous les médecins devraient être tenus de réussir un cours sur les maladies mentales, notamment leur diagnostic et leur traitement. Pouvez-vous imaginer qu'une femme consulte un médecin à propos d'une bosse au sein, et que ce médecin lui réponde qu'il ne traite pas ce type de problème, mais qu'il peut donner un rendez-vous dans six à 12 mois avec un spécialiste? Pourtant cette situation est fréquente pour les personnes qui surmontent la gêne liée aux problèmes de santé mentale et décident de consulter leur médecin. Ce n'est pas si compliqué. C'est une question que les écoles de médecine et les collèges des médecins et chirurgiens peuvent immédiatement aborder en vue de trouver une solution. Même si tous les suicides sont tragiques, il est inadmissible que des jeunes se donnent la mort parce que des médecins n'ont pas pu reconnaître et traiter de façon appropriée leurs symptômes. Les médecins doivent reconnaître les signes de la dépression chez les adolescents, et être capables de conseiller autant les parents que les enfants.

Deuxièmement, les omnipraticiens doivent être rémunérés de façon adéquate pour le temps qu'ils consacrent au traitement de personnes atteintes d'une maladie mentale. Malheureusement, les maladies mentales ne sont pas comme d'autres maladies; ce n'est pas en faisant faire des radios et en ayant recours à ce genre d'outil diagnostique qu'on peut aider le malade. Le médecin ne peut pas découvrir les signes à l'aide d'outils de diagnostic. Il lui faut être sensible, poser des questions bien précises, et en analyser les réponses, et tout cela prend du temps. Les médecins ne sont pas suffisamment rémunérés pour ce genre de travail, si bien qu'ils ne sont pas motivés à en savoir plus sur les maladies mentales, de peur justement d'avoir à passer beaucoup de temps à les traiter sans être rémunérés.

Troisièmement, il faut encourager toutes les associations de médecins au Canada à conserver une liste des omnipraticiens qui sont prêts à traiter des personnes atteintes de maladie mentale. C'est ridicule, et même très dangereux, d'ignorer les symptômes d'une personne atteinte d'une maladie mentale, en lui disant qu'il

upper lip old chap," or with an appointment many, many months later with a psychiatrist. This is, I think, ladies and gentlemen, a crucial point. People, men especially, are afraid to let anyone know about their problem. They feel sure that no one can help them anyway. They avoid the doctor, and they self-medicate very often with alcohol and other drugs, such that I am convinced that a huge part of alcoholism is self-medication. In my own family, with my father who killed himself with booze, I have no doubt whatsoever that if he had been diagnosed properly, of course there was nothing like that available at that time, he would have lived on to a ripe old age instead of dying at 59. I am fortified in this opinion by every expert in the field of mental health that I have spoken to.

The fourth note is a provincial matter, but I think I should bring it to your attention anyway. The notion of a separate government ministry for mental health, however well intentioned, is not the way to go. The ministry becomes a backwater with the minister's job being a training spot for a promotion. The mentally ill must have the same access to power as all other ill people do.

Fifth, there must be an independent mental health advocate, which we once had here. Unfortunately, the present government got rid of her. That advocate should be selected much as other servants of the legislature or parliament are. Mental health advocates, by their nature, become unpopular with the government because they look for, and find, people who need help, and that of course costs the treasury money.

That segues into my sixth recommendation. There must be a proper analysis of the cost of mental illness. It is long overdue. It must come so the Ministers of Finance, the Treasury Board, can see that the money spent up front in diagnosis and treatment can be demonstrated to bring substantial cost reductions to the social ministries in the years to come.

For my last recommendation, there must be made available immediately to all who deal with young people, especially school counsellors, education in the field of mental illness.

Mr. Chairman, these are just a few recommendations. I have not dealt with the need for proper funding for organizations such as the Canadian Mental Health Association, who incidentally, like most organizations funded by the government, always have to look over their shoulder to see that what they do and say does not offend the person who gives them the money. I assume they will talk as well to community drop-in centres that take so much pressure off the government. My presentation is simply that of a consumer who, by nature of what he does, sees the mental health

s'agit d'être fort et de supporter tout simplement, ou en lui donnant un rendez-vous avec un psychiatre plusieurs mois plus tard. Voilà ce qui me semble critique, mesdames et messieurs. Les gens, et surtout les hommes, ont peur de parler de leur problème. Ils sont convaincus que personne ne peut les aider de toute façon et ils évitent donc d'en parler à leur médecin et tentent de se soigner avec l'alcool ou d'autres drogues. Je suis certain que l'alcoolisme est pour une large part de l'automédication. Dans ma propre famille, je pourrais vous parler de mon père qui s'est tué à force de boire de l'alcool, et il n'y a pas de doute dans mon esprit que si son problème avait été correctement diagnostiqué évidemment, les services n'étaient pas du tout disponibles à l'époque il aurait vécu très vieux, au lieu de mourir à 59 ans. Tous les experts du domaine de la santé mentale auxquels j'ai parlé sont du même avis.

Mon quatrième point concerne plutôt la situation dans la province, mais je voudrais tout de même attirer votre attention là-dessus. Même s'il repose sur de bonnes intentions, le concept d'une ministère de la Santé mentale qui serait tout à fait distinct n'est pas recommandé. Ce ministère deviendrait une voie de garage ou encore servirait de tremplin pour accéder à des postes plus intéressants. Les personnes atteintes de maladie mentale doivent avoir le même accès au pouvoir que tous les autres malades.

Cinquièmement, il faut nommer un porte-parole indépendant de la santé mentale, comme ce qu'on avait ici autrefois. Malheureusement, le gouvernement actuel s'en est débarrassé. Cette personne devrait être choisie comme d'autres fonctionnaires ou mandataires du Parlement. De par leur nature, des porte-parole sur des questions de santé mentale sont peu populaires auprès de leur gouvernement, parce qu'ils cherchent et trouvent des gens ayant besoin d'aide, ce qui fait augmenter les dépenses.

Voilà qui me permet de passer directement à ma sixième recommandation. Il faut absolument effectuer une bonne analyse des coûts liés à la maladie mentale. Cette analyse se fait attendre depuis longtemps. Elle est nécessaire pour permettre aux ministres responsables des Finances et du Conseil du Trésor de comprendre que les dépenses engagées au titre des services de diagnostic et de traitement permettent de réduire de façon significative les coûts ultérieurs des ministères des Services sociaux.

Et voilà ma dernière recommandation : j'estime que tous ceux qui s'occupent des jeunes, et tout particulièrement les conseillers scolaires, doivent recevoir une formation adéquate en maladie mentale.

Monsieur le président, ce ne sont que quelques recommandations. Je n'ai pas abordé la question des besoins de financement adéquat pour des organismes comme l'Association canadienne pour la santé mentale qui, comme bien d'autres organismes qui sont financés par le gouvernement, doivent toujours se surveiller pour éviter de faire ou de dire quelque chose qui pourrait déplaire à ceux qui financent leurs activités. Je présume qu'ils voudront aussi parler aux responsables des nombreux centres de jour communautaires, qui soulagent



picture as it is; not as well-meaning politicians and civil servants see it or wish it to be.

I close with, I think, a harsh but accurate assessment. To the extent that governments do not deal with mental illness as they do with physical illness, they are financing other government programs on the backs of the mentally ill. You do not have to go very far to see the truth of this. A walk down Granville Street will take you past several of the 1,500 homeless in Vancouver, many of whom are mentally ill, and all of whom now run the risk, thanks to the B.C. government Safe Streets Act, of going to jail for begging. I never thought I would live long enough to see that happen to my province. All across the country we deinstitutionalize the mentally ill, and a cynic might well say, "We did that so that patients living in expensive institutions can now live off the paltry sums they get from begging, and sleep under the bridges and in the doorways."

I realize that is an extreme view, but you cannot blame people like me, people on the street and workers who see that way. If you are not spending money as it should be spent on mental illness, that money is being spent otherwise; there is a higher priority. I have to say to you, Mr. Chairman and members of the Senate, I do not think there is a higher priority for any government in Canada today than properly looking after the mentally ill.

**The Chairman:** Members of this committee have taken to saying in speeches that, in our view, we have allowed the streets and jails to become the asylums of the 21st century.

**Mr. Mair:** That is awful.

**The Chairman:** Next, we will hear from Mr. Bill McPhee, founder and publisher of the *Schizophrenia Digest*.

**Mr. William McPhee, Founder and Publisher, *Schizophrenia Digest*:** Senators, I also applaud you for taking on this job and this report that you are developing. A lot of people expect great things from it, and I am one of those persons, so I hope, and I know, you are taking your work seriously.

I was hospitalized six different times, I lived in three group homes and I had a suicide attempt. I was very ill. I was diagnosed with schizophrenia in 1987. Today, I am the publisher of *Schizophrenia Digest*, which is a national Canadian magazine. I also have, between myself and my business partner, a U.S. version of *Schizophrenia Digest*. We launched *bp Magazine* in the United States for bipolar illness, and we are launching *bp Canada* in October of this year. As well, I am a professional spokesperson for the Schizophrenia Society of Ontario. I go across North

tellement le système public. Je ne suis qu'un consommateur qui, en raison de son travail, voit la santé mentale telle qu'elle est, contrairement aux responsables politiques et aux fonctionnaires bien intentionnés qui la voient ou veulent la voir autrement.

Je désire terminer avec cette observation dure mais exacte. Dans la mesure où les gouvernements n'accordent pas la même attention à la maladie mentale qu'à la maladie physique, ils financent d'autres programmes gouvernementaux sur le dos des personnes atteintes de maladie mentale. Vous n'êtes pas obligés d'aller bien loin pour voir que c'est vrai. Vous n'avez qu'à vous rendre à la rue Granville où vous verrez certains des 1 500 sans-abri de Vancouver, dont un grand nombre sont atteints d'une maladie mentale. En raison de la Safe Streets Act adoptée par le gouvernement de la Colombie-Britannique, toutes ces personnes pourraient maintenant être arrêtées pour délit de mendicité. Je ne pensais pas vivre assez longtemps pour être témoin d'une telle chose dans ma province. D'un bout à l'autre du Canada, nous désinstitutionalisons les personnes atteintes d'une maladie mentale, et les cyniques diraient que c'est pour éviter d'avoir à les garder dans des établissements qui coûtent cher; ils pourront désormais vivre sous les ponts et dans les entrées de portes et se contenter de mendier.

Je sais que c'est un point de vue extrême, mais on ne peut blâmer des gens comme moi, des gens qui vivent dans la rue et les travailleurs qui sont de cet avis. Si vous ne dépensez pas ce que vous devriez dépenser pour traiter les maladies mentales, vous dépenserez cet argent pour autre chose pour quelque chose qui vous semble plus prioritaire. Mais je dois vous dire à ce sujet, monsieur le président et membres du comité, qu'à mon avis, il ne peut y avoir quelque chose de plus prioritaire pour aucun gouvernement au Canada de nos jours que les soins à donner aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

**Le président :** Les membres du comité ont un peu pris l'habitude de dire dans leurs discours que, selon nous, les rues et les prisons de ce pays sont devenues les asiles du XXI<sup>e</sup> siècle.

**M. Mair :** C'est affreux.

**Le président :** Nous accueillons maintenant M. Bill McPhee, fondateur et éditeur du *Schizophrenia Digest*.

**M. William McPhee, fondateur et éditeur, *Schizophrenia Digest* :** Sénateurs, moi, aussi, je voudrais vous féliciter d'avoir entrepris cette étude et de préparer le rapport qui est prévu. Beaucoup de gens ont de grandes attentes vis-à-vis de ce rapport, et comme j'en fais partie, j'espère, et je sais que vous prenez votre travail au sérieux.

Pour ma part, j'ai été hospitalisé à six reprises, j'ai vécu dans trois foyers de groupe différents, et j'ai essayé de me suicider. J'étais très malade. On m'a fait un diagnostic de schizophrénie en 1987. Aujourd'hui je suis éditeur du *Schizophrenia Digest*, une revue canadienne nationale. De plus, avec mon partenaire commercial, nous éditons une version américaine du *Schizophrenia Digest*. Nous avons lancé *bp Magazine* aux États-Unis concernant la maladie affective bipolaire, et nous lançons *bp Canada* en octobre de cette année. De plus, je suis un

America to different conferences and speaking engagements where I educate people on schizophrenia.

I am married. My wife and I will celebrate our seventh anniversary in August. I have an 18-year-old from a previous relationship, and a three-year-old boy, Dwight, and a seven-month-old baby, Hanna Faith, with my wife, Aileen.

I would like to go into a few stats about schizophrenia. I am sure you have heard all this, but 1 out of every 100 people will suffer from schizophrenia. As well, one out of five people in Canada will develop a mental illness. I really believe that governments and people are starting to understand that, and are starting to understand that this will be a problem. Not only is it a problem today, but it will be a much bigger problem in the future if we do not look at ways of curtailing that. That is why this committee report and this work are so important.

Schizophrenia is known as youth's greatest disabler, because it usually hits between the ages of say 16 and 26, and there are always exceptions. I was hit in 1987 at the age of 24. A lot of people with schizophrenia, 50 per cent, will try to commit suicide, and 10 per cent will succeed, if you call that a success.

Schizophrenia has three legs to it. One, it is genetic; that means it is designed to run in families genetically or it skips families, but there is a genetic component to it. Secondly, it is biochemical; that means there are chemicals in the brain such as dopamine, serotonin and different chemicals like that, that affect the neurotransmitters when they try to send messages, and that is why you have a chemical imbalance. I will give you examples of that chemical imbalance and how it affects your life, in a few minutes. The third thing is that it is a stress-related illness. You have the genetic component, the biochemical component and the stressor that hits people that forms the disease of schizophrenia.

What is schizophrenia? Basically it is a brain disorder. Schizophrenia in itself means, "Split from reality, or psychosis; being out of reality." With schizophrenia, you may have positive and negative symptoms.

Positive symptoms are basically symptoms that are added to a personality that should not be there. For example, you may be paranoid, you may hear voices, you may think you see colours and white lights brighter, and all your senses are heightened. You may have a heightened sense of hearing, a heightened sense of

porte-parole professionnel pour la Société de schizophrénie de l'Ontario. Ainsi je participe à des conférences et prononce des discours dans tous les coins de l'Amérique du Nord en vue de renseigner les gens sur la schizophrénie.

Je suis marié. Ma femme et moi allons célébrer notre septième anniversaire au mois d'août. J'ai un enfant de 18 ans d'une autre relation antérieure, et un fils de trois ans, Dwight, ainsi qu'un bébé de sept mois, Hanna Faith, avec ma femme, Aileen.

Je voudrais vous présenter quelques statistiques au sujet de la schizophrénie. Je suis sûr que vous avez déjà entendu tout cela, mais le fait est qu'une personne sur 100 est atteinte de schizophrénie. De plus, une personne sur cinq au Canada souffre d'une maladie mentale. Je suis vraiment convaincu que les gouvernements et les citoyens en général commencent à comprendre cette réalité, et commencent surtout à comprendre que cela pose problème. Non seulement cette situation pose-t-elle problème aujourd'hui, mais elle le sera beaucoup plus à l'avenir si nous ne cherchons pas à réduire la fréquence des maladies mentales au sein de la population. Voilà pourquoi le rapport du comité et le travail qu'il accomplit sont si importants.

La schizophrénie est connue la maladie invalidante des jeunes, parce qu'elle se déclare habituellement entre l'âge de 16 et 26 ans, même s'il y a toujours des exceptions. Dans mon cas, elle s'est déclarée en 1987, quand j'avais 24 ans. Beaucoup de gens atteints de schizophrénie soit 50 p. 100 essaient de se suicider, et 10 p. 100 d'entre eux réussissent à le faire, si on peut appeler ça une réussite.

La schizophrénie comporte trois éléments. Le premier est l'élément génétique; c'est une maladie qui touche les familles même si elle peut sauter une génération, mais disons qu'il y a une composante génétique. Le deuxième élément est l'élément biochimique; autrement dit, des substances chimiques sont présentes dans le cerveau, telles que la dopamine, la sérotonine, entre autres, qui influencent les neurotransmetteurs lorsque ces derniers émettent des messages, et c'est pour cette raison qu'il en résulte un déséquilibre chimique. Dans quelques minutes, je vais vous donner quelques exemples de ce déséquilibre chimique et vous expliquer comment ils influent sur la vie de celui ou celle atteint de schizophrénie. Le troisième élément est le stress; c'est une maladie liée au stress. Vous avez donc l'élément génétique, l'élément biochimique et le stress; il s'agit des trois éléments qui donnent lieu à la schizophrénie.

Qu'est-ce que la schizophrénie? Il s'agit essentiellement d'un trouble cérébral. Le terme « schizophrénie » dénote une psychose qui est caractérisé par la perte du contact avec la réalité. Avec la schizophrénie, il peut y avoir des symptômes à la fois positifs et négatifs.

Les symptômes positifs sont essentiellement ceux qui viennent se greffer à la personnalité du malade et qui ne devraient pas y être. Par exemple, si vous souffrez de paranoïa, vous allez peut-être entendre des voix, croire que les couleurs et les lumières blanches que vous voyez sont plus fortes; tous les sens deviennent



smell, and a heightened sense of taste, all these things because of a chemical imbalance which affects the illness and the positive symptoms.

Negative symptoms are also known as deficit symptoms, because these symptoms are symptoms that are lacking from our personality that should be there. For example, you may have emotional blandness, a lack of joy, depression, lack of motivation and a lack of energy.

Could I give you an example of positive symptoms and negative symptoms? For example, in the movie, *A Beautiful Mind*, which maybe a lot of people watched, Russell Crowe thought he had a transistor planted in his wrist and he was in his cell digging it out; it was very realistic. That is a positive symptom; he had hallucinations or delusions. With deficit symptoms, for example, in that same movie, when Russell Crowe's wife handed him the baby, he had it in his arms and he was flat and emotionally bland; he could not coo or hug it. That is known as an emotional blandness.

It is very important to realize how, with this illness, you have a lack of insight, and it is the nature of the illness. For example, when I was in hospital, I was given medication, and through different trials with different medication, I got back into reality. I went off my medication, and six months later I moved away to try to get a job again. I turned over all the furniture in my landlady's place, I was walking the streets again, I was walking over cars, and I was getting beaten up in the streets. The illness came back, I ended up back in the hospital and they shipped me back to my hometown, and the psychiatric ward.

My point is that even though I am doing so well and am very knowledgeable about this illness, if I went off my medication, the illness would come back in six months' time and play tricks on my mind where I would not recognize it.

This is the need again for medications. Medication is very important with this illness, with mental illness, to get you back into reality. However, it is not the total answer. You have to clear up those positive symptoms — those telepathy thoughts, the voices, the illusions, and delusions — and medication is the only way to get control of those positive symptoms. However, again, it is not the total answer.

It is also important to realize that when I did get back into reality, people would say, "That is great, Bill, you are back into reality." However, my reality consisted of: I lost my job, I lost my house, I lost my financial security, I lost my friends and I found out I was just another one person out of 100 people who have this illness.

plus vifs. Ainsi l'ouïe, l'odorat, le goût et tous les sens sont plus vifs et vous ressentez tout de façon plus intense à cause de ce déséquilibre chimique qui influe sur la maladie et les symptômes positifs.

Les symptômes négatifs sont également appelés les symptômes déficitaires, parce qu'il s'agit d'aspects qui manquent à notre personnalité alors qu'ils devraient y être. Par exemple, il peut s'agir de l'absence d'émotivité, de l'absence de joie, de dépression, d'un manque de motivation et d'un manque d'énergie.

Pourrais-je vous donner un exemple de symptômes à la fois positifs et négatifs? Par exemple, dans le film intitulé *A Beautiful Mind*, que beaucoup de gens ont sans doute vu, Russell Crowe croyait qu'on lui avait planté un transistor dans le poignet et dans sa cellule, il essayait de le faire sortir de son bras; c'était très réaliste. Voilà un symptôme positif; il souffrait d'hallucinations et de délire. Quand aux symptômes dits « déficitaires », par exemple, dans ce même film, lorsque la femme de Russell Crowe lui a passé le bébé, il l'avait dans ses bras mais il ne ressentait absolument aucune émotion; il était incapable de lui parler ou de le serrer dans ses bras. Voilà ce qu'on entend par l'absence d'émotivité.

Il est très important de reconnaître que les personnes atteintes de cette maladie manquent de discernement et de perspicacité; telle est la nature de cette maladie. Par exemple, lorsque j'étais à l'hôpital, on m'a donné des médicaments, et après avoir essayé différents types de médicaments, j'ai fini par reprendre contact avec la réalité. J'ai cessé de prendre mes médicaments, et six mois plus tard, je me suis installé dans une autre ville en vue d'essayer de trouver un emploi. Mais voilà que j'ai retourné tous les meubles chez la propriétaire de la maison où j'habitais, j'errais dans les rues, je marchais sur les voitures, et je me faisais battre dans les rues. Ma maladie était revenue, et on m'a donc emmené à l'hôpital avant de me renvoyer dans ma ville natale où j'ai réintégré l'unité de psychiatrie à l'hôpital.

Ce que j'essaie de vous dire, c'est que même si je vais bien maintenant et que je sais beaucoup de choses au sujet de cette maladie, si je cessais de prendre mes médicaments, cette maladie reviendrait, et mon cerveau recommencerait à me jouer des tours sans que je m'en rende compte.

Il est donc très important de prendre des médicaments. Dans le cas de cette maladie, et les maladies mentales en général, il est très important de prendre des médicaments pour reprendre contact avec la réalité. Cependant, ce n'est qu'un élément de la solution. Il faut aussi faire disparaître les symptômes positifs, c'est-à-dire la télépathie, les voix, les illusions, le délire et il n'y a que les médicaments qui permettent de contrôler les symptômes positifs. Mais encore une fois, ce n'est qu'un élément de la solution.

Il faut aussi se rendre compte que, dans mon cas, quand j'ai repris contact avec la réalité, les gens me disaient : « Bill, c'est formidable que tu aies repris contact avec la réalité. » Seulement ma réalité était celle-ci : j'avais perdu mon emploi, j'avais perdu ma maison, j'avais perdu ma sécurité financière, j'avais perdu mes amis, et j'avais compris que je n'étais qu'une personne sur 100 qui sont atteintes de cette maladie.

I spent five years on the couch, five years of wasting life. However, through psychosocial rapport, help of friends and so on, I was able to turn my life around with proper medication.

In this next couple of minutes I have a couple of points. One is that medication is the foundation, and I believe that all medication should be on provincial form letters with open access, and we need more important medications that are in other countries and not in Canada. It is important to realize that the illness of schizophrenia is the same no matter where you live, and that the science is the same no matter what province you are in, so therefore the science of the medication should be considered when they are being approved.

We talk a lot about homelessness with the mentally ill, and it is true, but I would like to give you a little bit of an analogy. Walking in the streets we have all seen homeless people, but I would like to ask you, have you ever seen somebody with Down syndrome who was homeless? You will never see that, because parents of Down syndrome children, way back when they were doing that, the issues, they knew they needed help for their individuals, and they have housing today through an organization called Community Living.

I would like to give an example of stigma. We all want relationships. I was writing a girl, trying to be a pen pal. I said that I suffer with this illness. She said, "I could never marry somebody with this illness because my mother had it, and I could never live with anything like that." Meanwhile, my wife is Filipino and her sister was a nurse. I had told my wife I had schizophrenia. Then, before we were married, she phoned her sister, the nurse, in a third-world country, and she said, "Yes, I know about this illness. I see it. It can be treated and symptoms can be treated and people can live normal lives." My whole children were on that basis, on that line.

**The Chairman:** Rafe, you mentioned serotonin in your comments. People think nothing of someone who takes insulin for diabetes, so why do they think something of somebody who takes a pill to regulate the serotonin in the brain? How do we get over that gap?

**Mr. Mair:** I think it is a very difficult thing to get over. We are trained from childhood to think of crazy people, nut houses, that sort of thing — these people are explained to us — as being off their rocker or a few bricks short of a load, and that sort of thing. It is difficult for people suddenly to say, "That is not my definition of mental illness," when they are faced with somebody who is mentally ill, and they want to deal with it. It is something that will take a lot of time. I am sure Svend will agree that over

J'ai donc passé cinq ans de soins psychiatriques cinq ans de vie perdue. Mais grâce à des interventions psychosociales et à l'aide de mes amis, et cetera, j'ai pu reprendre une vie normale en prenant des médicaments appropriés.

Au cours des quelques minutes qui me restent, je voudrais soulever un ou deux points importants. Premièrement, les médicaments sont essentiels, et à mon avis, tous les médicaments doivent être librement accessibles grâce à une lettre type qui serait donnée par les autorités provinciales; de plus, il faut qu'on puisse avoir accès à des médicaments très importants qui existent dans d'autres pays mais pas au Canada. Il faut se rendre compte que la schizophrénie est la même maladie où qu'on vive, et les données scientifiques sont les mêmes, quelle que soit la province où l'on habite; par conséquent, l'homologation des médicaments doit s'appuyer sur les bonnes données scientifiques.

Nous parlons beaucoup des sans-abri qui sont atteints de maladie mentale, et c'est vrai, mais je voudrais faire une petite analogie. Nous avons tous vu des sans-abri dans la rue, mais j'aimerais vous poser une question : vous est-il déjà arrivé de voir un sans-abri trisomique? Eh bien, vous n'en voyez jamais, parce que les parents d'enfants trisomiques étaient au courant des problèmes dès le départ et savaient qu'ils auraient besoin d'aide pour s'occuper de leurs enfants; par conséquent, ils ont maintenant accès à des logements grâce à un organisme regroupant des centres de vie autonome.

Je voudrais vous donner un exemple de la façon dont les personnes atteintes de maladie mentale sont stigmatisées. Nous voulons tous entretenir des relations avec autrui. J'écrivais des lettres à une fille parce que je voulais être son correspondant. Je lui ai dit que j'étais atteint de cette maladie. Elle m'a répondu : « Je ne pourrais jamais épouser quelqu'un qui est atteint de cette maladie parce que ma mère était schizophrène et je ne pourrais jamais revivre ce genre de choses. » Mais ma femme est philippine et sa soeur est infirmière. J'avais dit à ma femme que j'étais schizophrène. Avant qu'on se marie, elle a appelé sa soeur qui est infirmière et vit dans un pays du Tiers monde; sa soeur lui a dit « Oui, je connais cette maladie. Je vois des gens qui en sont atteints. On peut la traiter, on peut traiter les symptômes, et les gens qui en sont atteints peuvent vivre une vie normale. » C'est en fonction de cela que j'ai eu tous mes enfants.

**Le président :** Rafe, vous avez parlé de la sérotonine dans votre exposé liminaire. Les gens trouvent normal qu'une personne atteinte du diabète prenne de l'insuline, alors pourquoi ont-ils une autre attitude envers ceux qui prennent des pilules pour réguler le niveau de sérotonine dans le cerveau? Comment éliminer cette différence d'attitude?

**M. Mair :** À mon avis, c'est très difficile. Dès l'enfance on nous apprend que ce sont des fous qu'il faut enfermer, et cetera; on nous dit que ces personnes et il y a toutes sortes d'expressions qui sont employées pour les décrire sont cinglées, qu'ils ont une case en moins, qu'ils ont perdu la boule, et cetera. Les gens ont donc du mal à se dire tout d'un coup : « Ah, non; ce n'est pas ça la maladie mentale » lorsqu'ils sont confrontés à quelqu'un de malade et ils sont obligés de faire quelque chose. Cela va prendre beaucoup de



the last 10 or 15 years it is better, but it is a hell of a long way from being right. It is still difficult for me, I do not know about Svend, but I still run into people who say, "You are going a little off the deep end with your temper there on the air, Rafe; I think you better take some pills," or, "If you are going on your holidays, you better take your funny pills with you;" these sorts of things. I know these people think that is funny. I listen to radio broadcasters. I remember one, for example, saying that, "When I went to school my debating team was so small, it was one schizophrenic," and everybody is supposed to laugh. These things are part and parcel. Writers for the *Toronto Globe and Mail* — I always call it the *Toronto Globe and Mail* incidentally — are exactly the same. I pick up on this and they say, "Well, you are too sensitive." When you have gone through what I have gone through, and what Bill has gone through and is going through, and what Svend is going through, these remarks hurt. They hurt deeply, and it is going to take a hell of a lot of time.

**The Chairman:** That would say there is a role for an ongoing national communications program. We changed attitudes toward people in wheelchairs, for example. Think how those attitudes have changed in 25 years.

**Mr. Mair:** Nobody felt threatened by them; that is the problem. We all, in our hearts, think we are going to be threatened, and this person is going to hurt our kids, beat up our dog, or whatever it may be.

**Mr. Robinson:** I agree with Rafe completely. In fact, in my little notes in terms of follow-up, note number 1 was "Medication," because this is an incredibly difficult one. It is one that I struggled with as well, because my immediate response, when I went to see a therapist, was, "Medication? No, no, no." Somehow, I had this *One Flew Over the Cuckoo's Nest* view of psychiatry, and I did not want to become a zombie.

**Mr. Mair:** It should be called medicine, and not drugs, incidentally.

**Mr. Robinson:** That is right, exactly — medication. That was my fear, that I would become a zombie. I have had friends who had taken medication, and in many cases they were largely out it, and a lot of it, as Rafe says, is education and public awareness. What really clicked with me, because I was resisting this, because I had mental health issues and mental illness within my own family, and had seen, for example, the impact of lithium. Lithium can be life sustaining, but it can also be a very heavy drug. I explained this to the psychiatrist, and he said, "Svend, if you came in to see

temps pour changer les attitudes. Je suis sûr que Svend serait d'accord avec moi pour dire que ça va mieux depuis 10 ou 15 ans, mais nous sommes encore très loin de pouvoir dire que ça va bien. Je ne peux pas parler pour Svend, mais je sais que je trouve encore difficile d'accepter que des gens que je rencontre me disent : « On voit, Rafe, que vous ne maîtrisez pas votre colère quand vous êtes en ondes; vous devriez peut-être prendre des pilules » ou encore « Si vous partez en vacances, n'oubliez pas d'emporter vos petites pilules »; voilà le genre de choses qu'on se fait dire. Je sais que ces gens-là trouvent ça drôle. Moi, aussi, j'écoute les animateurs à la radio. Je me souviens d'une fois où il y a un qui disait : « À mon école, l'équipe de débat était toute petite; elle n'avait qu'un seul membre un schizophrène », et tout le monde est censé rire en entendant ce genre de choses. Ça va de soi. Les journalistes qui écrivent pour le *Globe and Mail* de Toronto je l'appelle toujours le *Globe and Mail* de Toronto, soit dit en passant sont pareils. Quand je constate ce genre d'attitude, on me répond : « Vous êtes trop susceptible ». Mais quand vous avez vécu ce que, moi, j'ai vécu, et ce que Bill a vécu et continue de vivre, et ce que Svend a vécu, eh bien, ce genre de remarques vous blessent. Elles vous blessent profondément, et je suis donc convaincu que cela va prendre très longtemps pour changer les attitudes.

**Le président :** À mon avis, il y aurait lieu de créer un programme national et permanent de communication dans ce domaine. Nous avons réussi à changer l'attitude des gens envers les personnes en fauteuil roulant, par exemple. Rappelez-vous à quel point les attitudes ont changé au cours des 25 dernières années.

**M. Mair :** Oui, mais personne ne se sentait menacé par ces gens-là; c'est ça le problème. Au fond, nous croyons tous, en notre for intérieur, que nous sommes menacés, que ces personnes vont faire du mal à nos enfants, battre notre chien, et ainsi de suite.

**M. Robinson :** Je suis tout à fait d'accord avec Rafe. En fait, dans mes petites notes de suivi, j'ai inscrit en premier lieu « Les médicaments », parce que c'est quelque chose de très problématique. Moi-même j'ai eu du mal à accepter cette idée, parce que quand mon psychiatre m'en a parlé, ma première réaction était de lui dire : « Prendre des médicaments? Non, non. » J'avais encore une image de la psychiatrie telle qu'elle a été pratiquée à l'établissement du film *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, et je ne voyais pas me transformer en zombi.

**M. Mair :** D'ailleurs, il faudrait toujours parler en anglais de « médecine », et non pas de « drugs ».

**M. Robinson :** Oui, tout à fait. C'est ça que je craignais : être transformé en zombi. J'ai des amis qui ont dû prendre des médicaments pour se soigner, et dans bien des cas, ils étaient souvent un peu en état second. Comme Rafe vient de vous le dire, c'est surtout une question d'éducation et de sensibilisation du public. Ce qui m'a vraiment persuadé, comme j'opposais une certaine résistance à cette idée-là, étant donné que j'avais des problèmes de santé mentale et que certains membres de ma propre famille avaient été atteints de maladie mentale... et pour ma part,

your doctor and the doctor said, after diagnosing you, you have a chemical imbalance in your liver, your spleen or your kidney, and there is medication that can help to right that imbalance — “

**Mr. Mair:** I am diabetic, for example. Your example is perfect.

**Mr. Robinson:** Yes, you would not think twice. Of course I will take medication, because that will help to right the imbalance. If you have a chemical imbalance that can contribute to mental illness, why the heck would you not do the same thing? For me the light went on, and I thought, that is absolutely right, and, in fact, I did. As it happens, I am not currently taking that medication, but I have to say I would not hesitate if the circumstances were such that I needed it. However, I think the biggest thing is awareness and education, and that is where you folks can make a big difference too.

I was in the house for a little over 25 years, a long time. During that time, I saw many terrific Senate reports tabled and then gather dust, and you all know that. I hope that we will see some leadership from the government, and that Carolyn Bennett, as Minister of State for Public Health, who I know is very supportive of these issues, and Ujjal Dosanjh, who is Minister of Health, will pick up the ball, and this will not be another Senate report that has wonderful recommendations, that hears from people, and then goes absolutely nowhere. There has to be that next level of political awareness and accountability and people that are saying, “Yeah, we are going to move on this.”

**Mr. Mair:** Could you imagine what it would be like if physically ill people were treated by society as mentally ill people are? Just imagine that. There would be riots in the streets. They would be storming the legislatures, I assure you. That is not right; it is not fair, apart from everything else, but it is true.

**Mr. McPhee:** It is important that we look at these human-rights issues and so on, in a different way. We talk about whether people should be committed and all kinds of things like that, but I think we need to look at the vulnerability of people; there has to be a mechanism for vulnerable people to get proper treatment. A lot of people talk about anti-treatment and so on, but what about the right to be well, or the right to be treated, and I think that is what is lacking in a lot of the balance.

j'avais été témoin de l'effet que peut avoir un médicament comme le lithium, par exemple. Le lithium peut vous maintenir en vie, mais comme médicament, il peut aussi avoir un effet très puissant. J'expliquais tout cela au psychiatre qui m'a répondu : « Svend, si vous alliez chez le médecin et qu'après vous avoir examiné, le médecin vous disait : écoutez, vous avez un déséquilibre chimique dans le foie, la rate, ou le rein, et il existe un médicament qui permettra de rectifier ce déséquilibre... »

**M. Mair :** Je suis diabétique, par exemple. Votre exemple est parfait.

**M. Robinson :** Oui, vous n'y penseriez pas deux fois avant d'accepter. Bien sûr, j'accepterais de prendre un médicament, parce qu'il permettra de corriger le déséquilibre. Mais si vous avez en vous un déséquilibre chimique qui contribue à causer des maladies mentales, pourquoi ne feriez-vous pas la même chose? C'est là que j'ai justement compris pourquoi je devais le faire, et je me suis dit, il a parfaitement raison, et j'ai accepté d'en prendre. Il se trouve que je ne prends pas ce médicament pour le moment, mais je dois dire que je n'hésiterais pas à le reprendre si on estimait que j'en avais besoin. » Mais ce qui compte par-dessus tout, à mon avis, c'est la sensibilisation et l'éducation du public, et c'est là que vous aussi pouvez aider à faire évoluer les attitudes.

J'ai été député pendant un peu plus de 25 ans pendant très longtemps. Au cours de cette période, j'ai constaté qu'un grand nombre d'excellents rapports déposés par des comités sénatoriaux étaient souvent relégués aux oubliettes, et vous le savez tous aussi bien que moi. Par conséquent, j'espère que le gouvernement fera preuve de leadership, et que Carolyn Bennett à titre de ministre d'État à la Santé publique, qui a une attitude très coopérative et positive à cet égard, et que Ujjal Dosanjh, le ministre de la Santé, accepteront de prendre des mesures concrètes, et qu'il ne s'agira donc pas d'un autre rapport sénatorial qui fait le tour de la question écoutant l'avis des uns et des autres, présentent d'excellentes recommandations et ne donnent absolument rien par la suite. Il faut que nous passions à l'étape suivante en ce qui concerne la sensibilisation et la responsabilisation des dirigeants politiques et que les décideurs se disent : « Oui, il est temps de prendre des mesures. »

**M. Mair :** Pouvez-vous imaginer que les gens souffrant de maladie physique soient traités par la société comme les personnes atteintes de maladie mentale? Imaginez. Il y aurait des émeutes. Les citoyens prendront d'assaut les assemblées législatives, je vous l'assure. Ce n'est pas normal; en plus de tout le reste, ce n'est pas juste, mais malheureusement c'est vrai.

**M. McPhee :** Il est important d'examiner ces questions qui sont liées aux droits de la personne dans une optique différente. On parle de l'opportunité de faire interner les gens et ce genre de choses, mais pour moi, il faut surtout tenir compte de leur vulnérabilité; il faut établir des mécanismes qui permettront aux personnes vulnérables de se faire soigner correctement. Beaucoup de gens parlent d'antitraitement, et cetera, mais qu'en est-il du droit d'être bien ou d'être soigné; à mon avis, c'est souvent cet aspect-là qui est négligé.



**Senator Pépin:** I am happy to see my former colleague, Mr. Robinson, with us. You always stood up for a good cause and a good fight, and if you have decided to fight for this cause, I am sure that you will be a winner again.

You spoke about fear and stigma. We heard a lot about stigma, and Senator Kirby took my question, but I believe also they were telling us that we should do a campaign also to sensitize. I have always believed that we have to do as we did for physical illness, drinking and driving, or something like that. If we start at school with children, some told us they come with puppets, they explain and the teacher and children react positively. Maybe we could start at an early age and we will have a new generation that will not see the difference. Is that one avenue to do it, and what do you think would be the best way? Stigma is so awful for a mentally ill person. Have you thought about something we could do about it?

**Mr. Robinson:** I think that is an excellent suggestion, because, of course, so much of this starts with children. However, remember you can do so much with children in school, but when they go home and turn on their television set and see the images, that is one of the biggest barriers to overcoming some of the stigma.

I pointed out in my comments in Nova Scotia — and you again are well aware of this — there was a content analysis of American television shows that demonstrated that over 70 per cent of major characters with a mental illness in prime time television shows are portrayed as violent, and more than a fifth of them are shown as deranged killers. No wonder there is stigma, whether it is children or adults, when this is people's image of mental illness. It is enormously destructive, because, A, it affects how they deal with other people who may be mentally ill, but, B, it affects them. I know it affected me, because I did not want that stigma of the crazy killer. I could not accept that this was an illness like anything else. If I had to identify an area that I think is incredibly important, it is that kind of public face of mental illness, and doing whatever we can to help people understand the reality of mental illness. You identified this in your report, but also I find it absolutely shameful that there is no national leadership on this issue at all. I think we are the only G8 country that does not have a national strategy to deal with this thing. As Rafe said, it is an outrage when we have national strategies on so many different things. Again, when I look at parallels, I remember fighting in the '80s to try to get the government of the day to have a national strategy to deal with HIV and AIDS. Some of you were there, but, "No, we are not going to touch this." There was the fear and the stigma. It is the same thing. We were one of the last countries to actually come up with a national strategy on AIDS. It is embarrassing and shameful that we are one of the last countries to

**Le sénateur Pépin :** Je suis contente de revoir mon ancien collègue, M. Robinson. Vous avez toujours défendu les bonnes causes et vous avez toujours été prêt à vous battre, et si vous avez décidé de vous battre pour cette cause-là, je suis sûre qu'encore une fois, vous allez réussir.

Vous avez parlé de peur et de stigmatisation. Nous avons justement beaucoup entendu parler de la déconsidération et du discrédit qui touche les personnes atteintes de maladie mentale, et même si le sénateur Kirby a déjà posé ma question, j'estime que les témoins essayaient de nous faire comprendre qu'il faut lancer une campagne de sensibilisation du public. J'ai toujours pensé qu'il faut faire exactement ce qu'on a fait pour certaines maladies physiques, pour la conduite en état d'ébriété, et cetera. Si nous commençons à sensibiliser les enfants à l'école... certains témoins nous ont dit qu'ils vont dans les écoles avec des marionnettes et que l'enseignant et les enfants réagissent de façon positive à leurs explications. Peut-être devrions-nous donc commencer cette sensibilisation quand les enfants sont encore jeunes, de sorte que la prochaine génération ne voit pas de différence entre les deux. Serait-ce une possibilité à explorer, ou quel serait le meilleur moyen, à votre avis? C'est tellement terrible pour quelqu'un atteint d'une maladie mentale d'être stigmatisé. Avez-vous pensé à ce qu'on pourrait faire pour enrayer ce problème?

**M. Robinson :** Vous faites une excellente suggestion, car bien entendu, les attitudes se créent lorsqu'on est encore enfants. Mais rappelez-vous qu'on peut très bien agir auprès des enfants lorsqu'ils sont à l'école, mais lorsqu'ils retournent chez eux et qu'ils voient les images à la télévision, cela les influence et c'est justement ça l'un des plus gros obstacles auxquels nous faisons face en cherchant à éliminer cette stigmatisation.

Dans l'allocution que j'ai prononcée en Nouvelle-Écosse et encore une fois, vous êtes certainement au courant de cette information j'ai mentionné qu'on avait fait une analyse du contenu des émissions de télévision américaines qui a permis de constater que plus de 70 p. 100 des principaux personnages atteints d'une maladie mentale des émissions de télévision diffusées aux heures de grande écoute sont présentés comme étant des gens violents, alors que plus d'un cinquième d'entre eux sont présentés comme étant des assassins aliénés. Il n'est guère étonnant que les gens, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, déconsidèrent les personnes atteintes de maladie mentale, parce que ce sont ces images-là qu'on leur présente. C'est très destructeur, premièrement, parce que cela influe sur leur façon de traiter d'autres personnes qui peuvent être atteintes de maladie mentale, et deuxièmement, parce que cela les affecte. Je sais que cela m'a affecté, parce que je ne voulais pas qu'on me traite comme si j'étais un tueur aliéné. Je ne pouvais accepter que c'était une maladie comme une autre. Si je devais vous dire quel élément me semble vraiment très important, ce serait d'essayer d'agir sur la perception publique des maladies mentales, et de faire ce qu'on peut pour aider les gens à comprendre ce que c'est que d'être atteint d'une maladie mentale. Vous en avez parlé dans votre rapport, mais je trouve honteux que notre gouvernement national ne fasse pas preuve de leadership dans ce domaine. Nous sommes à mon avis le seul pays membre du G-8 qui n'ait pas de stratégie nationale dans ce domaine. Comme vous le disait Rafe, c'est tout

come up with a national strategy on mental health, and I hope that this committee will really hammer the government and say, not only let us put together a national strategy, but put the resources in place — Roy Romanow made a number of important recommendations around mental health issues — to deal with this orphan child.

If I can make one final kind of practical recommendation, because it is very similar, I agree with Rafe around hiving off a special ministry. I do not like that, but I think if you can have a team of people that are tasked by the government to actually move forward on these recommendations, that would be another concrete recommendation for you.

**Mr. McPhee:** You talk about a national strategic plan, and for example, the what I am working on personally as well is what is called a care plan. For example, in breast cancer there is a care plan. If somebody is examined and they find a lump or something, they go to the doctor, and the doctor has a care plan. You do the X-rays and the mammogram. There is a whole system, a whole flow chart, where people with cancer are followed up, for example, until they either succumb to the illness or they live for an extra 25, 30 years; they are followed up every year. With mental health there is no care plan in every office where people know what the system is. If you have a flow chart or a care plan, you know where to advocate. For example, there is no follow-up for people with mental illness on a yearly basis or on a regular basis.

**Senator Pépin:** Mr. Mair, regarding medication, you say that you took your medication and it was very helpful, and we all believe you, but we heard representations from people telling us that they should have the right to say, “No, I do not want to take my medication.” They say that doctors are prescribing too much medication. They say that they should have the right to say, “I do not want to take any medication and do not want to follow your advice.” What you think about that?

**Mr. Mair:** That is about as thorny an issue as you will get to in this. We went through that debate with the provincial government a few years ago: Can you compel people to take medications? It is a very difficult civil-liberties question. I suppose I would answer it

   fait inadmissible que nous ayons des stratégies nationales sur tant d’autres choses. Encore une fois, si je voulais établir un parallèle, je vous parlerais du combat que j’ai dû mener dans les années 1980 pour faire accepter par le gouvernement de l’époque qu’il élabore une stratégie nationale sur le VIH et le SIDA. Certains d’entre vous étiez là à l’époque, et vous savez que la réponse était de nous dire : « Non, il n’en est pas question ». C’est justement cette peur et cette déconsidération qui caractérisaient leur attitude. C’est la même chose. Nous avons été l’un des derniers pays à élaborer une stratégie nationale sur le SIDA. C’est embarrassant et même honteux que nous soyons l’un des derniers pays du monde à élaborer une stratégie nationale sur la santé mentale, et j’espère donc que le comité insistera beaucoup auprès du gouvernement pour qu’il élabore une stratégie nationale et qu’il prévoie les ressources nécessaires d’ailleurs, Roy Romanow a fait des recommandations importantes au sujet de la santé mentale et les problèmes dans ce domaine pour prendre en charge cet enfant orphelin.

Si vous me permettez de faire une dernière recommandation, d’ordre pratique, parce qu’elle est très semblable, je dois préciser que je suis d’accord avec Rafe au sujet de la création d’un ministère spécial. Je n’aime pas cette idée-là, mais par contre, si le gouvernement crée une équipe à qui il confie la tâche de donner suite à ces recommandations, voilà justement une mesure concrète que vous pourriez recommander.

**M. McPhee :** Vous parlez de la possibilité d’un plan stratégique national, et ce à quoi je travaille à titre personnel en ce moment, c’est la création d’un plan de soins. Par exemple, il existe un plan d’intervention pour le cancer du sein. Une personne qui découvre une grosseur au sein va voir son médecin, et son médecin aura un plan en bonne et due forme pour la soigner. Elle devra faire faire des radios et une mammographie. Il y a tout un régime ou toute une série d’interventions qui sont prévues pour les personnes atteintes d’un cancer, par exemple, et on continue de les suivre jusqu’au moment où elles succombent à leur maladie ou pendant les 25 ou 30 ans qu’elles vont continuer à vivre; on les revoit chaque année. Mais dans le domaine de la santé mentale, il n’y a pas de plan de soins qui permettrait aux gens de savoir quel régime doit être suivi. Mais si vous créez un plan d’activité ou un plan de soins, vous saurez dans quel secteur précis vous devrez insister auprès des autorités pour qu’il comble les besoins. Par exemple, à l’heure actuelle, les personnes atteintes d’une maladie mentale ne font pas l’objet d’un suivi annuel ni même régulier.

**Le sénateur Pépin :** Monsieur Mair, en ce qui concerne les médicaments, vous dites que vous avez pris des médicaments et que cela vous a beaucoup aidé, et nous vous croyons, bien entendu, mais d’autres personnes nous ont dit qu’elles devraient avoir le droit de dire : « Non, je ne veux pas prendre de médicaments ». Selon elles, les médecins ont tendance à prescrire trop de médicaments. Elles veulent avoir le droit de dire : « Je ne veux pas prendre de médicaments et je ne veux pas suivre vos conseils ». Qu’en pensez-vous?

**M. Mair :** C’est cette question-là qui est vraiment la plus épineuse dans ce contexte. Nous avons tenu justement ce débat au sein du gouvernement provincial il y a quelques années : peut-on forcer quelqu’un    prendre ces médicaments? C’est une question



this way; either that or you have to quarantine people, and they do not want to be quarantined, so I think it is a matter of persuasion. I would not want to see anybody say, "Yes, we will have a forced medicines." However, I think, senator, you made the point, and this is where it should be picked up: Health authorities and people in the field have to be able to tell people they must take that or there will be some consequences. This is going to grate on everybody's feelings, I am sure, but maybe we have to say, "Sorry, Mr. Smith and Ms. Jones, maybe you will just have to be institutionalized, not only for your safety, but for public safety, if you are not prepared to take your medications." The difficulty is, of course, that part of the illness is not taking medications. It is irrational. There is nothing rational about mental illness, but that is the problem. It is the dog chasing its tail. I do not have an answer, except that I think we have to make sure at least that there are consequences for not doing it, or maybe put another way around, there are rewards for doing it.

**Senator Pépin:** Speaking about doctors, you say that they are not well paid. Do you think they have the right training, also?

**Mr. Mair:** No, that is my whole point, senator; they are not trained. They will oftentimes say that they are, but they are not. They are not getting proper education in the medical schools. I know that from talking to the head of the B.C. Medical Association and so on. The colleges of physicians and surgeons, like all cloistered organizations that run the priesthoods that we call law, medicine, and whatever it may be, are not evidently ready to make that a requirement of practicing medicine, but they should be. I make the point again: Can you imagine a general practitioner being unable to diagnose a broken leg, cancer or whatever it may be? You just say that individual is not a whole doctor. Yet, it is only a matter of luck that the same person happens to know enough about mental illness to get you on the right track. The difficulty is this: doctors try to see on average a patient every 12 minutes. That is the way they churn them through for most ailments. It takes probably 45 minutes to an hour, even to get started with a patient with mental illness, and it takes sessions of that duration, sometimes a little less, for a long period of time, perhaps a year or two. I refer to Dr. Teresa Hogarth, who could no longer practice because her patients were, for the most part, mentally ill people referred to her, and she could not live on the amount of money that she got for the consultations. She finally wound up working for the pharmaceutical people, for God's sake. That is bad enough, is it not? That is the whole point, and it is a thorny one and a difficult one. You cannot say, "Here is the magic bullet," but we have to start. The pressure has to go on the medical schools, colleges, medical associations, Ministers of Health and Premiers to do this. There is no point doing anything else if you get people free of the

très difficile qui relève des libertés civiles des citoyens. Je suppose que ma réponse serait de dire que, ou alors il faut mettre les gens en quarantaine et les gens n'ont pas envie d'être en quarantaine alors je suppose qu'il s'agit de les persuader. Je ne voudrais pas qu'on décide tout d'un coup que les gens seront désormais forcés de prendre leurs médicaments. Par contre, sénateur, vous-même l'avez dit, et c'est un point très important : les responsables des services de santé et les gens qui travaillent dans ce domaine doivent avoir la possibilité de dire aux gens qu'il leur faut prendre leurs médicaments, sinon il y aura des conséquences. Je suis convaincu que les gens n'aimeront pas du tout ça, mais peut-être faut-il leur dire : « Écoutez, monsieur Smith et madame Jones, il va peut-être falloir vous interner pour garantir non seulement votre sécurité, mais celle du public, si vous refusez de prendre vos médicaments ». Le problème, bien entendu, c'est que quand on est atteint d'une maladie mentale, on a un comportement irrationnel, et ça peut signifier qu'on n'a pas envie de prendre des médicaments. Évidemment, les maladies mentales n'ont rien de rationnel, et c'est justement ça le problème. C'est le chien qui essaie d'attraper sa queue. Je n'ai pas de réponse à vous faire, si ce n'est que nous devrions à mon avis nous assurer qu'il y aura au moins certaines conséquences si on ne le fait pas, ou inversement, qu'il y aura des récompenses si on le fait.

**Le sénateur Pépin :** S'agissant des médecins, vous dites qu'ils ne sont pas bien rémunérés. À votre avis, ont-ils reçu la bonne formation?

**M. Mair :** Non, c'est justement ce que je vous dis, sénateur; ils ne sont pas formés. Des fois ils vont vous dire qu'ils le sont, mais ce n'est pas vrai. Ils ne reçoivent pas la bonne formation dans les écoles de médecine. Je sais que c'est le cas pour en avoir parlé avec le directeur de l'Association médicale de la Colombie-Britannique et d'autres. Les collèges de médecins et de chirurgiens, comme tous les organismes cloîtrés chargés d'administrer l'exercice du droit, de la médecine, et des autres professions, ne sont évidemment pas prêts à en faire une condition d'exercice, alors que c'est ce qu'il faut faire. Pouvez-vous imaginer qu'un omnipraticien soit incapable de diagnostiquer une jambe cassée, un cancer ou une autre affection du même genre? Vous allez vous dire que ce n'est pas un médecin entier. Ce serait tout à fait par hasard que ce médecin soit suffisamment bien renseigné sur les maladies mentales pour vous aider à vous en sortir. Le problème, c'est que les médecins essaient de voir un patient toutes les 12 minutes en moyenne. C'est à ce rythme qu'ils soignent leurs patients, du moins en ce qui concerne la plupart des problèmes de santé qu'ils peuvent avoir. Or il faut passer entre 45 minutes à une heure avec un patient atteint d'une maladie mentale avant même de pouvoir commencer à le soigner, et il faut prévoir des séances de cette durée, ou un peu moins, à répétition pendant longtemps peut-être un an ou deux. Là je vous cite le cas du Dr Teresa Hogarth, qui a dû cesser d'exercer la médecine parce que la grande majorité de ses patients étaient des personnes atteintes d'une maladie mentale qu'on avait aiguillées vers elle, alors qu'elle n'était pas en mesure de vivre avec ce qu'elle touchait pour ces consultations. Elle a fini par accepter un travail dans une compagnie pharmaceutique. C'est très grave, vous ne trouvez

stigma and find they cannot get help. There is no point to this, there is no point to my talking about it, and there is no point to any of us talking about it.

**Mr. Robinson:** I agree completely in terms of the medical profession and training, but there is another profession that I think has to be front and centre in this struggle, and that is teachers. One of the most undervalued and most important professions is teachers. I would refer you, if you have not seen it yet, to a Senate report that was done many years ago. I remember in my first campaign in 1979 pulling out this report called, *A Child at Risk*. I see a couple of heads nodding; somebody might be familiar with it. Incredibly, that report was one of the most important reports I have read. It talks about how, if we could identify early on some of these problems that children are struggling with, and put a few resources into dealing with kids, forget the morality and ethics of it, financially it would make a huge difference. I hear teachers say, "I know the kids in many cases that are struggling, and having difficulties," and yet what do they do? A, we need training of teachers to make sure every teacher is in a position to identify kids at risk. B, we have to make sure that when teachers do identify children at risk, there is something they can do; there are skilled professionals that can follow up with those children. Right now too often there are not. C, we need to listen to people that work in the corrections field as well, and they will tell you the same thing, and I am sure they have.

**The Chairman:** It is so bad.

**Mr. McPhee:** If I can make a point on stigma, I think the education of teachers is important, as you said, Svend, but also the education of media. If you can get into the journalism schools right across Canada, you are going to change a whole generation of journalists, which will give the facts.

**The Chairman:** Interesting enough, in both the U.K. and Australia, they have actually done that through a journalist.

**Senator Trenholme Counsell:** I have had the pleasure of listening to Mr. McPhee twice now, here and at the schizophrenia association breakfast, and it was simply

pas? C'est justement là le problème, et c'est un problème particulièrement épineux. Il ne s'agit pas de se dire : « Voici la solution magique », mais plutôt de commencer à prendre des mesures. Il faut faire pression sur les écoles de médecine, sur les collèges, sur les associations médicales, et sur les ministres de la Santé et les premiers ministres provinciaux pour que cela se fasse. Cela ne sert à rien de changer les attitudes et de faire en sorte que les gens ne soient plus stigmatisés s'ils ne sont pas du tout en mesure de trouver quelqu'un pour les soigner. Cela ne sert à rien que vous fassiez votre travail, que je vous parle des problèmes, ou que quiconque en parle.

**M. Robinson :** Je suis entièrement d'accord en ce qui concerne la profession médicale et la formation des médecins, mais j'estime qu'il y a une autre profession qui doit être sur la première ligne dans cette lutte, et il s'agit de la profession enseignante. Cette dernière est l'une des professions à la fois la plus importante et la moins valorisée. À cet égard, je vous recommande de lire un rapport sénatorial, si vous ne l'avez pas encore vu, préparé il y a bien des années. Je me souviens d'avoir montré ce rapport à différents citoyens lors de ma première campagne en 1979 : il était intitulé *Un enfant à risque*. Je vois que quelques personnes font oui de la tête; peut-être le connaissez-vous. En fait, c'est l'un des rapports les plus importants que j'aie jamais lu. Dans ce rapport, on parle justement de la nécessité de détecter les problèmes chez les enfants très tôt, d'investir dans des services destinés aux enfants et de laisser de côté l'aspect moral et déontologique; on y conclut que ce genre de stratégie ferait une énorme différence. Je parle à des enseignants qui me disent : « Je sais que les enfants dans ma classe ont des problèmes et ont vraiment du mal à s'en sortir », mais que doivent-ils faire? Premièrement, il faut bien former les enseignants pour que chaque enseignant soit à même de déterminer quels enfants sont à risque. Deuxièmement, il faut s'assurer que lorsque les enseignants auront déterminé quels enfants sont à risque, on pourra faire quelque chose; c'est-à-dire que des professionnels compétents pourront soigner ces enfants. À l'heure actuelle, il arrive trop souvent que ce ne soit pas le cas. Troisièmement, il faut consulter les gens qui travaillent dans le secteur correctionnel, parce qu'ils vous diront exactement la même chose, comme ils l'ont sans doute déjà fait.

**Le président :** Ça va vraiment mal.

**M. McPhee :** S'agissant du problème de la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale, je pense que l'éducation des enseignants est importante, comme vous le dites, Svend, mais l'éducation des médias est également bien importante. Si vous avez la possibilité d'aller dans les écoles de journalisme d'un bout à l'autre du Canada, vous allez changer les attitudes de toute une génération de journalistes, qui s'assureront de présenter les faits à la population.

**Le président :** C'est intéressant ce que vous dites, parce qu'au Royaume-Uni et en Australie, c'est justement ce qu'ils ont réussi à faire grâce au travail d'un journaliste.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** J'ai eu le plaisir d'écouter M. McPhee à deux reprises maintenant, ici et au petit déjeuner organisé par l'Association de schizophrénie, et c'était magnifique



wonderful. It was a magnificent speech and it really touched our hearts. It is nice to see you again. I certainly did not expect that.

Gentlemen, this has been a very positive panel, and I have been touched by it. Mr. Mair, I agree with what you say about physicians. I am a physician, and I think these points have to be pushed. In my province, we are allowed to do counselling for 30-minute periods and you get more money, but it is of course not as much money as if you see a person every five to ten minutes. Doctors are reluctant to give that time, and often it is because of the number of people waiting in waiting rooms, but thank you for bringing up all those points about physicians. I think your voice is an important one, as are so many others, and those are good points.

Mr. Robinson, interestingly enough, I had written down a question mark, just after you spoke of early intervention. Then you brought it up, but I still think perhaps you can offer more this afternoon, or each of you can, because I think that is the true hope, to act very early. I would like you to give us more practical advice on this. Also, do you think things are improving, both in terms of public attitudes, and in terms of medication and therapy? If we take the drug factor out, so many drugs are causing problems, so I would like to hear you speak about where we are in Canada compared to where we were 25 years ago, and also about early intervention.

**Mr. Mair:** On the question of whether we are getting better, the answer has to be a guarded yes. I say "a guarded yes," because we are so far away from where it should be that we ought not to be measuring success at this stage. To pick up on what Svend said too, school counselors, particularly, have to be educated to look for the signs. One of my cousin's sons and a nephew of mine each committed suicide as teenagers. In both those cases we know now, by reason of 20/20 hindsight, that there were signs. Perhaps today, we will recognize those signs where we did not 20 years ago when they killed themselves, but the education aspect is critical. I am going to be a broken record in this: There is no point in doing any of this if even 25 per cent or 30 per cent of physicians do not recognize what the illness is when we bring the people to them. It is just pointless.

**Senator Trenholme Counsell:** It should be as fundamental as learning the names of the bones.

**Mr. Robinson:** There is another group of people that I think should be brought into this discussion, and that is family members. So often we are not trained to identify the warning signals, and this ties into physicians in many cases. If 30 per cent

à chaque fois. Il a prononcé un discours formidable qui nous a profondément touchés. Je suis très contente de le revoir. Je ne m'y attendais pas.

Messieurs, je dois vous dire que j'ai trouvé vos interventions très positives, et cela m'a vraiment touchée. Monsieur Mair, je suis d'accord avec vous en ce qui concerne les médecins. Je suis moi-même médecin, et je pense qu'il faut exercer des pressions sur les décideurs. Dans ma province, nous avons le droit de faire du counseling pendant des périodes de 30 minutes pour lesquelles on est mieux rémunéré, mais il va sans dire qu'on touche moins que si l'on traitait un patient toutes les cinq ou 10 minutes. Les médecins sont très réticents à consacrer leur temps à ce genre de counseling, et c'est souvent en raison du nombre de patients dans les salles d'attente; en tout cas, merci pour vos observations au sujet des médecins. À mon avis, votre apport est important, comme l'est ceux de bien d'autres personnes, et ce que vous dites est tout à fait vrai.

Monsieur Robinson, vous serez peut-être intéressé de savoir que j'ai inscrit un point d'interrogation sur ma feuille quand vous avez parlé au départ d'intervention précoce. Ensuite vous en avez reparlé un peu, mais je pense que vous en fait, chacun d'entre vous pouvez peut-être nous donner d'autres conseils à ce sujet cet après-midi, car en ce qui me concerne, ce sont les interventions précoces qui vont permettre de faire progresser la situation. Je vous invite donc à nous faire part de vos conseils pratiques à ce sujet. J'aimerais vous demander aussi vous croyez que la situation s'améliore en ce qui concerne l'attitude du public, les médicaments et les thérapies actuelles? Si on élimine les médicaments, car comme vous le savez, bien des médicaments posent problème à l'heure actuelle, et je vous invite donc à nous dire où nous en sommes actuellement au Canada, comparativement à la situation il y a 25 ans, et à nous parler aussi des interventions précoces.

**M. Mair :** Pour ce qui est de savoir si la situation s'améliore, je vous dirais que oui, mais c'est un oui qualifié. Si mon oui est « qualifié », c'est parce que nous sommes si loin d'avoir progressé autant que nous aurions dû le faire que nous ne devrions même pas essayer d'évaluer notre succès pour le moment. Si je peux revenir sur ce que disait Svend tout à l'heure, les conseils scolaires, entre autres, doivent être sensibilisés à cette problématique pour pouvoir en détecter les signes. Le fils de mon cousin et un de mes neveux se sont suicidés quand ils étaient encore adolescents. Dans ces deux cas, nous savons maintenant, rétrospectivement, qu'il y avait certains indices. Peut-être verrons-nous plus facilement ces indices maintenant que ce n'était le cas il y a une vingtaine d'années quand ils sont suicidés, mais j'insiste sur la question de l'éducation. Je sais que je me répète et je vais continuer à le faire : tout cela ne sert à rien si 25 ou 30 p. 100 des médecins ne sauront déceler la présence d'une maladie mentale chez les personnes qu'ils soignent. Cela ne sert à strictement rien.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Cette connaissance devrait être jugée aussi fondamentale que celle de connaître le nom des os.

**M. Robinson :** Il y a un autre groupe de personnes qui doivent participer au débat, et ce sont les membres des familles touchées par cette problématique. Bien souvent, les gens n'ont pas suffisamment d'information pour savoir déceler les indices

of physicians do not recognize some of the warning signals and are not able to pick this up, imagine how much more serious it is with family members. Again, I can speak from my only personal experience, if I may. There were behaviours that were clearly warning signals; getting almost no sleep for extended periods of time, and stuff like that. However, I did not really understand them. I did not recognize them myself, but had my partner, Max, or other people been made aware of the kinds of things to watch for, the warning signals in people you care for and people you love, at least then you can get to the next threshold. You can say, maybe you should get help, and then hope you get a doctor that can actually follow up on it, but even in that initial stage in the home, let us give families the tools at least to do some of that initial awareness. Yet as a society we do not do that. I think that is very important.

**Mr. Mair:** About 50 per cent or more of the people who call me about depression are men, and probably half of those say to me, "You know, my wife tells me that she gets sick, but she does not go to doctors all the time; she gets depressed and she does not go to a doctor," et cetera. It could be husbands, not wives. I do not mean to differentiate that way, but oftentimes not only is the partner not supporting, the partner is actually making it a hell of a lot worse. I think Svend's point is a good one. It is not going to happen tomorrow but we have to start educating everybody, particularly directing something at family members so they can recognize the signs in children, spouses and that sort of thing, because the spouse can often be part of the problem.

**Mr. McPhee:** Families are very important too. People who do well with mental illness, I really believe, have the support of their families, and their families are an important part of their thinking. What happens so much with people with mental illness is that we get into a mould where we may be getting stable and then, we get stuck. There are no opportunities, and I think some people try one or two things and if they fail, they say "That is it, I am not trying anything more. I will stay on the couch for the rest of my life collecting support from the Ontario Disability Support Program."

As an analogy, my wife is from the Philippines, and when she came over, she went to school for computer skills, got her driver's licence, took a bookkeeping course, and now she is keeping books for four companies. She said that a lot of times when people go to other countries they excel, because there is no opportunity in their own country, and there is opportunity everywhere. I do not mean

précurseurs, et il en va de même pour les médecins dans bien des cas. Si 30 p. 100 des médecins ne sont pas en mesure de reconnaître les indices, imaginez ce que c'est dans les familles. Encore une fois, je me fonde sur mon expérience personnelle pour vous faire cette affirmation. Dans mon cas, certains comportements étaient des indices bien clairs : le fait de dormir très peu pendant de longues périodes, et ce genre de choses. Mais je ne les comprenais pas vraiment. Je ne les reconnaissais pas moi-même, mais si mon partenaire, Max, ou d'autres avaient su de quoi il peut s'agir, et quels sont les indices importants chez des gens que vous aimez, au moins quand cela se produit, on peut passer à l'étape suivante. On peut lui dire : vous devriez vous faire soigner, et espérer ensuite que vous trouverez un médecin qui puisse soigner cette personne; mais au moins à cette première étape dans les foyers, essayons au moins de donner aux familles les outils qui vont leur permettre de faire ce dépistage initial. En tant que société, nous ne faisons pas cela, alors que cela me paraît très important.

**M. Mair :** Environ 50 p. 100 ou plus des gens qui appellent pour parler de leur dépression sont des hommes, et environ la moitié me disent : « Vous savez, ma femme me dit qu'elle, aussi, tombe malade, mais qu'elle ne passe pas tout son temps chez les médecins; quand elle est déprimée, elle ne consulte pas un médecin » et cetera, et cetera Il pourrait s'agir du mari, plutôt que de la femme. Je ne cherche pas à faire une distinction, mais le fait est qu'il arrive bien souvent que le conjoint ou le partenaire de la personne qui souffre ne l'appuie pas, et qui plus est, rend la situation bien plus grave encore. Ce que dit Svend est tout à fait vrai. La société ne va pas se transformer du jour au lendemain, mais il faut commencer à sensibiliser tout le monde à cette situation, et surtout à éduquer les familles pour qu'elles soient en mesure de détecter les indices chez les enfants, chez les conjoints, et cetera, parce que le conjoint fait souvent partie du problème.

**M. McPhee :** Les familles sont très importantes aussi. Les personnes atteintes d'une maladie mentale qui s'en sortent sont celles qui bénéficient de l'appui de leur famille, à mon avis, et leur famille influence beaucoup leur façon de voir les choses. Ce qui arrive souvent, c'est que les personnes atteintes d'une maladie mentale arrivent à stabiliser leur situation, mais là tout d'un coup elles n'avancent plus. Devant une situation où il ne semble pas y avoir de possibilités pour eux, les gens se disent, après avoir fait quelques tentatives qui ne débouchent sur rien : « C'est fini; je ne vais plus rien essayer. Je vais continuer à me faire soigner par un psychiatre pour le restant de mes jours et à toucher les allocations qui me sont versées en vertu du programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. »

Si vous me permettez une analogie, ma femme est philippine; et quand elle est venue au Canada, elle est retournée aux études pour apprendre à se servir d'un ordinateur, elle a obtenu son permis de conduire, elle a suivi un cours sur la tenue de la comptabilité, et maintenant elle tient les livres de quatre compagnies différentes. Elle m'a fait remarquer qu'il arrive très souvent que les gens qui



any disrespect with this, but maybe we have to look at the mental health population as a third-world country, a developing country, as an analogy.

**Mr. Mair:** One of the things — and I think my colleagues will agree with me — that is not understood well is that the mental illness we are talking about is utterly irrational. I knew that I did not have liver cancer. The side of me that was thinking said that, “You do not have liver cancer,” but the part of me that said “Yes, you do” was overpowering. There is no sense in saying to people, “Your behaviour is irrational, your thoughts are irrational.” That is the problem. You are irrational, and oftentimes it is from lack of serotonin or whatever it may be, but it is so frustrating when people say to me, “Why are you doing that, Rafe? Why have you got this tremendous anxiety? You have the highest rating possible, you make lots of money, and you have nothing to worry about.” Part of me knows that, but the other part of me says, “No, no, that is not true at all.”

**Senator Trenholme Counsell:** As a federal government we are limited in what we can do, because health-care delivery is in the hands of the province. However, do you think that a massive public education program would help in this — I do not like the phrase “coming out,” but really it is so applicable when it comes to mental illness, to admitting you have it? Some presenter said yesterday that women were six times more likely to suffer from anxiety. I do not think that at all. I think men keep it inside a lot longer, and maybe never admit that they have it.

**Mr. Mair:** Women are more used to going to the doctor.

**Senator Trenholme Counsell:** How do you view that as being something we can actually do?

**Mr. Mair:** When you get to a situation of looking for something to do, and there are some things you cannot do and some things you can, obviously you concentrate on what you can. Is there a need for a public education exercise? Of course there is, without any question whatsoever. It cannot be just a mail out or something like that. You have to find some way so this is an ongoing educative process.

**The Chairman:** If we did Participaction in the 1970s and we do anti-tobacco advertising, we can do this.

**Senator Cordy:** It has been a fascinating afternoon.

I would like to talk about families and follow-up.

s'installent dans un autre pays réussissent bien, parce qu'ils n'ont pas trouvé de débouchés dans leur pays d'origine, mais là où ils vivent il y a partout des possibilités. Je ne voudrais pas manquer de respect envers quiconque en disant cela, mais peut-être faut-il considérer les personnes atteintes de maladie mentale un peu comme la population d'un pays du Tiers monde, c'est-à-dire un peu comme un pays en développement, si je peux me permettre cette analogie.

**M. Mair :** L'un des aspects des maladies mentales qui n'est pas bien compris et je crois que mes collègues seront d'accord avec moi c'est l'irrationnel. Je savais que je n'avais pas un cancer du foie. La partie de moi qui réfléchissait encore me disait : « Tu n'as pas un cancer du foie », mais l'autre partie du moi qui me disait : « Oui, tu as un cancer » l'emportait sur l'autre. Cela ne sert strictement à rien de dire aux gens : « Votre comportement est irrationnel et vos pensées sont irrationnelles. » C'est justement ça le problème. On est irrationnel, et parfois c'est en raison d'un manque de sérotonine ou d'autres choses; il reste que je trouve tellement frustrant que les gens me disent : « Pourquoi faites-vous cela, Rafe? Pourquoi ressentez-vous cette grande anxiété? Vous avez les meilleures cotes d'écoute, vous gagnez plein d'argent, et vous n'avez aucune raison de vous inquiéter. » Une partie de moi le sait, mais l'autre partie me dit : « Non, non, ce n'est pas du tout vrai. »

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Le gouvernement fédéral est évidemment limité au point de vue de ce qu'il peut faire, puisque la prestation des soins de santé est du ressort des provinces. Mais pensez-vous qu'un programme massif de sensibilisation du public serait utile? Je n'aime pas cette notion d'autodéclaration, si je puis dire, mais êtes-vous vraiment d'avis que c'est aussi grave d'avoir à déclarer qu'on est atteint d'une maladie mentale que d'avoir à déclarer son homosexualité? Un témoin nous a dit hier que les femmes sont six fois plus susceptibles d'avoir des crises d'anxiété. Mais je ne suis pas du tout d'accord. Je pense au contraire que les hommes ont tendance à tout garder pour eux et que certains n'admettent peut-être jamais qu'ils ont un problème.

**M. Mair :** Les femmes ont davantage l'habitude d'aller voir le médecin.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** À votre avis, pouvons nous vraiment faire ce genre de choses?

**M. Mair :** Quand il s'agit de déterminer ce qu'on peut faire parce qu'il y a évidemment des choses que vous pouvez faire et d'autres que vous ne pouvez pas faire il faut évidemment se concentrer sur ce qui est possible. Avons-nous besoin d'une campagne d'éducation publique? Oui, bien sûr; il n'y a aucune doute à ce sujet. Mais il ne faut pas se contenter d'envoyer de la documentation aux citoyens. Il faut trouver le moyen de faire l'éducation du public en permanence.

**Le président :** Si nous avons pu mener à bien la campagne Participaction dans les années 1970 et faire de la publicité antitabac, nous pouvons certainement faire cela.

**Le sénateur Cordy :** J'ai été vraiment fascinée par les discussions cet après-midi.

Je voudrais vous parler des familles et du suivi à assurer.

**The Chairman:** I might also point out that Senator Cordy spent 30 years teaching in elementary school.

**Senator Cordy:** Yes.

Svend, I appreciate your comments, because I have to say, from the perspective of being a teacher, very often teachers are left out of the loop. As a teacher, you have taught hundreds and thousands of kids, and you have a pretty good sense of behaviour that fits into the, I do not like to use the word "norm," but fits into how other children behave. It goes beyond disruptive behaviour or beyond a shy child who is not interacting with other children. However, often teachers are left out of the loop in terms of either giving information or being asked to provide suggestions.

I would like to go back to the families issue, and you have all spoken about the importance of families. As Senator Kirby said at the beginning, all of us on the committee have family members or close friends who have been diagnosed with a mental illness, but often from the family perspective it is very frustrating. Privacy legislation comes into effect, and families are sometimes told, "Sorry, we cannot give you that information, because the patient does not want you to know certain things." It is not that families have to know every single, solitary detail, but to be part of the healing process with the individual who is suffering from a mental illness, should they be excluded totally from receiving any information whatsoever?

**Mr. Mair:** Are you asking whether teachers should be excluded?

**Senator Cordy:** No. Sorry, that was my little preamble. I am asking about families and family members.

**Mr. Mair:** Again, that is one of those thorny human-rights questions. Frankly, I think parents should be made aware. If you are looking for which side you want to err on, I would err on the side of disclosing to parents rather than on the side of keeping the kids' counsel. I know that is difficult. Youngsters will not go and talk to the teacher if the teacher will talk to their parents, and it always has to be a discretionary thing, with a lot of good common sense involved. However, if you are looking from a penalty point of view, I do not think that parents should be penalized for seeking information, nor should the person giving it be penalized. I think it is a judgment call.

**Mr. Robinson:** It is a judgment call, but I would be concerned about the therapeutic impact, if a child, for example, or young person went to a therapist, a psychiatrist or another therapist, and was concerned that what they said could end up with their parents. About the only exception I would make to that absolute confidentiality would be if there was something that indicated that there was a threat to life, for example. Obviously if there is a

**Le président :** Je me permets de vous signaler que le sénateur Cordy a été institutrice dans les écoles primaires pendant une trentaine d'années.

**Le sénateur Cordy :** C'est exact.

Svend, merci pour vos observations, et je dois vous dire à ce sujet, si je peux me permettre de présenter le point de vue de l'enseignant, qu'il est vrai que les enseignants sont très souvent exclus du système d'intervention. Quand on a déjà eu des centaines et des milliers d'élèves dans sa classe, on a une assez bonne idée des comportements qui correspondent... j'hésite à dire « à la norme », mais disons qui correspondent à des comportements courants chez les enfants. Ce sont des comportements qui vont plus loin que le simple fait de perturber l'activité en classe ou d'être timide et ne pas vouloir avoir des rapports avec d'autres enfants. Mais le fait est que le plus souvent, on ne donne pas d'information aux enseignants et on ne leur demande pas non plus conseil.

Je voudrais revenir sur la question des familles, et vous avez tous dit que les familles sont importantes. Comme vous l'a fait remarquer le sénateur Kirby au début de la séance, nous avons tous des parents ou des amis chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale, mais pour les familles, c'est souvent très frustrant. Il y a des lois sur la protection des renseignements personnels, si bien que les familles se font souvent dire : « Désolés, nous ne pouvons pas vous fournir ce renseignement, parce que le patient ne veut pas que vous sachiez certaines choses. » Ce n'est pas que les familles doivent connaître tous les détails, mais si l'on souhaite qu'elles participent à la guérison de la personne atteinte d'une maladie mentale, convient-il de les exclure et de refuser de leur donner quelque information que ce soit?

**M. Mair :** Me demandez-vous s'il faut exclure les enseignants?

**Le sénateur Cordy :** Non. Excusez-moi; cela fait partie de mon préambule. Je vous parle plutôt des familles et des membres de la famille.

**M. Mair :** Encore une fois, cela soulève la question épineuse des droits des uns et des autres. J'estime, personnellement, que les parents devraient être au courant. Si vous vous demandez ce qui devrait être prioritaire, je dirais qu'il est plus important de divulguer la formation pertinente aux parents que d'être le conseiller confidentiel de l'enfant. Je sais que c'est une situation difficile. Les jeunes ne vont pas aller voir leur professeur s'ils savent que celui-ci parlera à leurs parents, si bien qu'il faut toujours faire preuve de discrétion et de beaucoup de bons sens. Mais s'il faut envisager des sanctions, à mon avis, il ne faudrait certainement pas pénaliser les parents pour avoir voulu se renseigner, ni la personne qui fournit les renseignements. Il s'agit de faire preuve de jugement.

**M. Robinson :** C'est vrai, mais je craindrais un éventuel effet d'ordre thérapeutique si un enfant ou un jeune qui s'adresse à un psychiatre ou à un autre professionnel pour se faire soigner apprenait que ce qu'il lui dit pourrait être divulgué à ses parents. Il me semble qu'à peu près la seule exception qu'il faut faire à la confidentialité absolue qui doit exister entre les deux serait une situation où la vie du jeune ou de l'enfant serait menacée, par



situation such as that, the interest in protecting that young person's life overrides the necessity of confidentiality. However, I would be troubled by the notion that a therapist would feel they have to report almost everything back to the parents. Ultimately, what that means is, if the kid goes home, the parents perhaps, in some cases, may misunderstand. Then, the child will not have any faith in the therapist, and they are not getting any help at all. I understand what you are asking.

**Senator Cordy:** I am not looking at retelling everything that somebody has told their therapist. I am saying that a parent, a brother, a sister, a family member or a spouse would be told, "This is the diagnosis and these are the steps that we have to follow."

**Mr. Mair:** The reason I think it is a judgment matter is, supposing a physician diagnoses terminal cancer in somebody, and feels that person will live longer and be better served if they do not know it is terminal, always giving hope. However, that doctor says to the wife or husband, "This is really confidential, but in order to make better things happen," et cetera et cetera, et cetera, "I think I have to tell you that your spouse has terminal cancer." That is a judgment call again, and that is the kind of thing I am talking about here; you have to make the judgment. If you have it in black and white that thou shalt not tell, then I think oftentimes you do more harm than good.

**Senator Cordy:** You are saying it is common sense.

**Mr. Mair:** Sure it is. It is common-sense judgment. That is the problem with our society today. We have to have a code for everything. Common sense no longer seems to account for anything.

**Senator Cordy:** I would also like to go back to the issue of stigma. Svend, you said it very well, that when we have a human face, then it is perhaps not quite so scary. The three of you are in the public today telling your story, and putting a human face on mental illness. In effect you are champions for the cause of mental illness, and the luncheon that Svend was talking about in Halifax is the same thing; public people and public personalities come out and tell their stories. However, we have also heard stories of stigmatization within the health care system, where people are not treated with the dignity that a person going into the system with a physical illness would be treated with. We have heard time and time again about people going to emergency rooms and waiting for 10 or 12 hours. We all know you have to wait when you go to an emergency room, but people with mental illness always seem to be pushed to the back of the pack. It almost seems that there is even stigma unfortunately within the health-care system.

exemple. Dans une telle situation, il est clair que la nécessité de protéger la vie du jeune l'emporte sur celle d'assurer la confidentialité de l'information. Cependant, je trouverais troublant qu'un psychothérapeute ou un psychiatre estime être obligé de presque tout dire aux parents. Dans certains cas, les parents peuvent mal comprendre ce qui risque de poser des problèmes quand l'enfant rentre chez lui. De plus, l'enfant ne fera plus confiance à son psychothérapeute, qui ne pourra plus du tout l'aider. Alors je comprends pourquoi vous posez cette question.

**Le sénateur Cordy :** Il ne s'agirait pas de raconter tout ce qu'une personne aurait dit à son psychothérapeute. Je dis simplement qu'on informerait le parent, le frère, la soeur, le conjoint ou un membre de la famille. « Voici le diagnostic et voici ce que nous devons faire. »

**M. Mair :** J'estime que c'est une question de jugement parce que supposons qu'un médecin diagnostique un cancer en phase terminale et estime que son patient vivra plus longtemps et sera mieux servi s'il ignore que son cancer est en phase terminale, puisqu'il aura toujours de l'espoir. Par contre, ce médecin peut décider de dire à sa femme ou à son mari : « Cette information est confidentielle, mais pour l'aider à s'en sortir » et cetera, et cetera, et cetera. « J'estime qu'il est préférable de vous dire que votre conjoint est atteint d'un cancer en phase terminale. » Encore une fois, c'est une question de jugement, et voilà justement ce dont je parle; il faut soi-même porter un jugement sur la situation. Si vous prévoyez noir sur blanc qu'il ne faut absolument rien dire, pour moi, le plus souvent vous allez faire plus de mal que de bien.

**Le sénateur Cordy :** Vous dites que c'est une simple question de bon sens.

**M. Mair :** Oui, tout à fait. Il s'agit de faire preuve de bon sens. C'est justement ça le problème de notre société à l'heure actuelle. Il faut tout codifier. Le bon sens ne semble plus du tout compter.

**Le sénateur Cordy :** Moi, aussi, je voudrais revenir sur la question de la stigmatisation et de la déconsidération des personnes atteintes de maladie mentale. Svend, vous avez très bien expliqué la situation en disant que lorsqu'on fait primer l'aspect humain, cela fait moins peur aux gens. Vous trois vous vous présentez en public aujourd'hui pour raconter votre histoire et nous aider à comprendre l'aspect humain des maladies mentales. En fait, vous êtes les champions de la cause des maladies mentales, et c'est la même chose pour ce déjeuner organisé à Halifax dont nous parlait Svend; des personnalités publiques acceptent de venir raconter leurs histoires. Nous avons aussi entendu dire qu'au sein du système de soins proprement dit, les personnes atteintes d'une maladie mentale sont stigmatisées aussi, puisqu'elles ne sont pas traitées avec la même dignité qu'une personne atteinte d'une maladie physique. On nous a parlé à maintes reprises de cas où des personnes se sont présentées à l'urgence et ont dû attendre 10 ou 12 heures avant d'être soignées. Nous savons tous qu'il faut attendre à l'urgence, mais ceux qui ont des maladies mentales semblent toujours passer en dernier. On a donc un peu l'impression que même au sein du système de soins lui-même, ces personnes sont déconsidérées.

**Mr. Mair:** I think it goes right to the top.

I hope that Svend and Bill would agree that this selling job, if I can use that phrase, has to be done on premiers and prime ministers so that it seeps down into the system. This is where I think we often break down. Health ministers do not know, because health ministers do not look. Why do they not look? It is because premiers do not make them look. Why do premiers not look? It is because prime ministers do not talk to them at first ministers' conferences and say, "Look, this is what we have to do." I know that sounds farfetched, but believe me, it is not. I was the health minister in this province, and I know something of which I speak. The tendency, because of treasury boards and so on, is always to avoid any problems if it is possible to avoid them. As long as you have that motivation — the health minister always must stay within a budget that is set for this year and not for future years — you are always going to have people falling between the stools because the health minister simply does not have the funds to look after them. I know it sounds as if I am drawing a long bow here, but I think it is all part and parcel of the same thing. When the real leadership of this country understands what this is all about, then you have to find the people in the emergency wards and so on sitting up and taking notice.

**Mr. Robinson:** It is like anything else. We have to look at what will have political impact. I think we have to recognize that for folks and their families that are living with mental illness and so on, that is their major struggle; that is their crisis. Frankly, in many cases they do not have the resources, energy and time to be political advocates or champions. They are struggling to survive. This is our collective challenge. It is important that those voices be heard, but I think it is also tremendously important we recognize that we have a collective responsibility to speak out on this issue. That is why I am so glad you folks are here.

**The Chairman:** That is why we are here.

**Senator Cook:** I come from a smaller province of Newfoundland where there are not a lot of resources, but we seem to manage one way or another. I am getting weary of hearing the word "stigma." Who and how are we going to roll away that stone? Do we stop using the word and see if it goes away, or are we going to change it? What are we going to do? We are stuck on that stone. We can talk about family practitioners and putting in therapists to help. We can have continuing education. We can do all kinds of stuff. I do not think the problem is all money. There is enough money in the system to reallocate resources. I believe we have to do things differently. I read on a bus the other day in Ottawa that, "Mental illness is a

**M. Mair :** À mon avis, cette déconsidération est présente à tous les niveaux de la société, y compris aux niveaux supérieurs.

J'espère que Svend et Bill seront d'accord avec moi pour dire que c'est auprès des premiers ministres provinciaux et du premier ministre fédéral qu'il faut faire accepter cette idée, pour qu'elle puisse filtrer dans tout le système. C'est là qu'il y a souvent une rupture. Les ministres de la Santé ne sont pas au courant, parce que les ministres de la Santé ne cherchent pas à savoir. Pourquoi ne cherchent-ils pas à savoir? Eh bien, parce que les premiers ministres provinciaux ne les forcent pas à le faire. Pourquoi les premiers ministres provinciaux ne cherchent-ils pas à savoir? C'est parce que les premiers ministres ne leur disent pas, lors des conférences de premiers ministres : « Écoutez, voilà ce que nous devons faire. » Je sais que cela peut vous sembler farfelu, mais vous pouvez me croire : c'est vrai. J'ai été ministre de la Santé dans cette province, et je sais de quoi je parle. La tendance, à cause des conseils du Trésor, et cetera, consiste toujours à éviter les problèmes s'il est possible de les éviter. Tant que cette motivation continuera d'être présente le ministre de la Santé doit toujours respecter le budget fixé pour l'exercice en cours, et non pour les exercices futurs il y aura toujours un certain nombre de personnes qui passent entre les mailles du filet parce que le ministre de la Santé n'a tout simplement pas les crédits nécessaires pour leur donner ce qu'il leur faut. Je sais que je donne l'impression de faire des corrélations un peu tirées par les cheveux, mais au fond cela nous ramène toujours à la même chose. Quand les vrais dirigeants du Canada auront compris de quoi on parle, il faudra trouver le moyen de faire comprendre à ceux qui travaillent à l'urgence qu'il est temps qu'ils prennent conscience de cette problématique.

**M. Robinson :** C'est comme pour tout. Il faut savoir ce qui peut avoir un impact politique. À mon avis, c'est justement ça le vrai problème et la vraie lutte des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles; c'est ça leur crise. Le fait est que dans bien des cas, ces dernières n'ont pas suffisamment de ressources, d'énergie ou de temps pour devenir des porte-parole ou les champions d'une cause. Ils ont déjà du mal à assurer leur propre survie. Voilà donc le défi collectif auquel nous sommes confrontés. Il importe que leurs opinions soient entendues, mais il est également très important de reconnaître que nous avons la responsabilité collective de parler publiquement de cette problématique. Voilà pourquoi je suis si content que vous soyez là.

**Le président :** C'est justement pour ça que nous sommes là.

**Le sénateur Cook :** Je suis d'une plus petite province, à savoir Terre-Neuve, où nous n'avons pas beaucoup de ressources, mais nous arrivons à nous en sortir d'une façon ou d'une autre. J'avoue en avoir un peu assez d'entendre parler de « stigmatisation ». Que faut-il faire pour enrayer ce problème? Faut-il cesser de prononcer ce mot en espérant que le problème se réglera lui-même; ou allons-nous prendre des mesures pour faire évoluer la situation? Que devons-nous faire? Nous sommes coincés et nous avons cessé d'avancer. Nous pouvons toujours parler de l'apport des médecins de famille et des psychothérapeutes. Nous pouvons lancer une campagne permanente de sensibilisation du public. Nous pouvons faire



hard journey.” That is the journey we are all on. We talk about the committee and being an advocate. Yes, that is great and wonderful, but would you build a house and put the roof on first, or would you build the foundation? Somehow, we have to engage the public; we have to find a way to weather us through it. We hope part of our national strategy will determine that, but we have to find a way, whether it is through national communications, to tell the story. Then, we care for people, if you like, in the house. Then we will have completed our mandate. I would love for you to think outside the box and look at it from my perspective, because the more I hear and the more we engage in this dialogue, we always come back to that blooming word, “stigma.” Either we stop talking about it, or we find a way to get rid of it. How?

**Mr. Mair:** Let me make this point; it is very real. There is no way you can move it away by not talking about things anymore. It goes right back to our great-grandfathers going to Bedlam to watch the crazy people on the weekend. It goes back to most of the stories we were told as kids about bogeymen and that kind of stuff. It is so deeply engrained in our psyche that it is an effective weapon in keeping mentally ill people from seeking help. Until I was mentally ill, I never thought I was the sort. Why would a person like me — a rugged individualist and outspoken, who loved to drink, chase women and all the rest of it — how the hell could I have a stigma? I can tell you, it is a very real thing. You are sure that you will be criticized, people will look at you, people will want to institutionalize you, people do not want to hire you, people do not want to be with you at parties and that sort of thing. You are convinced that once people know that Rafe Mair has depression, they will think Rafe Mair is crazy. You will be surprised how many people talk amongst themselves. My friends will say, “Rafe is a little off his head;” this sort of thing. Even after all the stuff that I have done, that Svend has done and that Bill has done, it is still very much there. It is a huge problem.

**Mr. McPhee:** Mental illness is really a young illness in its history. We still have a generation of older people who can remember taking their children to the doctor, and the psychiatric community would say, “It was the way you raised your son or daughter.” If you are told that, who will want to tell anybody that he has this illness because of me? Today we know that it is a chemical imbalance and all that. We are educated, but it takes a

toutes sortes de choses. Mais l’argent seul ne permettra pas de régler le problème. Il y a suffisamment de crédits qui circulent déjà dans le système de soins pour permettre de réaffecter certaines ressources. À mon avis, il faut faire les choses différemment. Dans l’autobus, à Ottawa l’autre jour, je lisais cette phrase « La maladie mentale est un parcours difficile ». Mais c’est notre parcours à nous tous. Nous avons parlé du travail du comité et de la nécessité de défendre les personnes atteintes de maladie mentale. Tout cela est bien beau, mais si vous deviez construire une maison, commenceriez-vous par faire le toit, ou plutôt les fondations? Je pense que nous devons, d’une façon ou d’une autre, réussir à mobiliser la population; il faut trouver une stratégie qui va nous permettre de nous en sortir. Nous espérons que notre stratégie nationale nous permettra de le faire jusqu’à un certain point, mais il faut trouver le moyen que cela passe ou non par un programme de communications national de sensibiliser le public en racontant toute l’histoire. À ce moment-là, nous pourrions soigner les gens chez eux. Et nous aurons rempli notre mandat. J’aimerais que vous sortiez un petit peu des sentiers battus et que vous voyiez la problématique dans mon optique, car plus le dialogue se poursuit, plus nous entendons ce terme « stigmatisation ». Ou alors nous cessons d’en parler, ou alors nous trouvons le moyen de l’éliminer. Mais comment?

**M. Mair :** Je voudrais insister sur une chose : cette stigmatisation est très réelle. Vous n’allez pas l’éliminer en vous contentant de ne plus en parler. Cela remonte loin... à l’époque de nos arrière-grands-pères qui allaient à Bedlam pour voir les fous le week-end. Ça nous ramène aux histoires qu’on nous racontait, quand on était enfants, à propos des croque-mitaines, et tout ça. C’est si profondément enraciné dans notre psyché que cela empêche effectivement les personnes atteintes d’une maladie mentale de chercher à se faire soigner. Avant d’être malade moi-même, je n’aurais jamais cru que je puisse être atteint d’une maladie mentale. Comment une personne comme moi individualiste farouche qui ne mâche pas ses mots, qui adore boire, courir après les femmes et tout le reste comment pourrais-je souffrir d’une tare de ce genre? Eh bien, laissez-moi vous dire que c’est quelque chose de très réel. Il est certain qu’on va vous critiquer, que les gens vont vous regarder et voudront vous faire interner, qu’ils ne voudront pas vous engager, et n’auront pas non plus envie d’être avec vous dans des soirées, et cetera. Vous serez convaincu, si vous êtes Rafe Mair, qu’une fois que les gens savent que vous souffrez de dépression, qu’ils se diront que Rafe Mair est fou. Vous serez surpris de voir combien de gens parlent de vous à voix basse. Mes amis se diront : « Rafe est un peu cinglé » ce genre de choses. Même après tout ce que j’ai fait, tout ce que Svend a fait et que Bill a fait, cette attitude persiste encore. C’est un gros problème.

**M. McPhee :** La maladie mentale est essentiellement une maladie des jeunes, si l’on se fonde sur son historique. Nous avons encore une génération de personnes plus âgées qui se souviennent encore d’avoir emmené leurs enfants chez le médecin et d’avoir entendu un psychiatre leur dire : « C’est à cause de la façon dont vous avez élevé votre fils ou votre fille. » Si on vous dit cela, aurez-vous envie de dire à d’autres que votre enfant est atteint de

while for the tail to catch up with the dog sort of thing. We still have that leftover baggage in the minds of a lot of older people for that reason.

**Mr. Mair:** Let me give you a quick example. For a long time now, I have been upset about Atlantic salmon fish farming in British Columbia. I have been after the government; I have been on top of them and making their lives miserable, et cetera. About four or five years ago — and this is not paranoia, I can assure you — a whispering campaign started amongst MLAs and amongst their supporters that, “Do not pay any attention to Rafe, because he is a little crazy, you know. He is under treatment for mental health.”

There is a practical example of how stigma works. Even after you think you have convinced people that you are fine, you are like anybody else, it does not take long for somebody to pick that as the sore point and the weapon they will use.

**Mr. Robinson:** I think you asked an important question. I agree with Rafe. We can wish it away, but the reality is still there. In terms of foundations, you are so right. I was reminded when you were talking about getting on a bus in Ottawa of another story that just came out. As I was flying to Halifax last month, I flew through Ottawa and I picked up the *Ottawa Citizen*. There was a story in it — I do not know how many of you saw it — about an apartment building that burned down in Ottawa. It was an apartment building that housed people living with mental illness. What was so striking about this was that the apartment building should have been condemned; the construction standards were totally unacceptable. Yet because these were people living with a mental illness, somehow it was not as important, so when you are talking about foundations, what are the foundations? Foundations are having a decent place to live, access to quality health care when you need it, and if you are a teenager, not having to wait for six months to see a psychiatrist — that is criminal. Foundations are having access to employment, a job, and demonstrating that you can live with mental illness and be one of the most respected broadcasters in the country, or a politician that was able to be an effective advocate; and making sure that employers understand something called “a duty of accommodation.” In other words, if you have to make a few changes in the workplace to make that workplace welcoming and open to people with mental illness, you have a responsibility to do that.

**The Chairman:** We have done that for the physically disabled.

telle maladie à cause de vous? Aujourd’hui nous savons que c’est causé par un déséquilibre chimique et tout le reste. Nous sommes mieux informés, mais il faut un certain temps avant que la queue ne rattrape le chien, en quelque sorte. C’est pour cette raison que dans l’esprit des personnes plus âgées, il y a encore tous ces sentiments négatifs.

**M. Mair :** Permettez-moi de vous en citer un petit exemple. Depuis longtemps, je n’accepte pas les conditions d’élevage du saumon de l’Atlantique en Colombie-Britannique. Je suis toujours après le gouvernement; je fais constamment pression sur lui et je lui rends la vie difficile, et cetera. Il y a quatre ou cinq ans et je vous assure que je ne suis pas paranoïaque il y a eu une campagne de murmures chez les membres de l’Assemblée législative et leurs partisans, si bien que les gens se disaient entre eux « Ne tenez pas compte de ce que dit Rafe, parce qu’il est un peu fou, vous savez. En ce moment, il se fait soigner par un psychiatre pour des problèmes de santé mentale. »

Voilà donc un exemple pratique de la déconsidération qui touche des personnes comme moi. Même quand vous pensez avoir convaincu les gens que tout va bien, et que vous êtes comme tous les autres, avant longtemps quelqu’un y verra une faiblesse et s’en servira contre vous.

**M. Robinson :** Je pense que vous avez posé une question importante. Je suis d’accord avec Rafe. On peut espérer que ces attitudes disparaissent, mais il y a une réalité à laquelle on ne peut échapper. En ce qui concerne les fondations, vous avez parfaitement raison. Quand vous avez parlé de ce que vous avez vu dans l’autobus à Ottawa, cela m’a rappelé un incident dont on a récemment parlé dans les journaux. Quand j’étais en route pour Halifax le mois dernier, j’ai fait une escale à Ottawa et j’en ai profité pour acheter l’*Ottawa Citizen*. Là j’ai lu un article je ne sais pas combien d’entre vous l’avez vu au sujet d’un immeuble d’habitation qui avait brûlé à Ottawa. C’était un immeuble qui abritait des personnes atteintes de maladie mentale. Ce qui m’a vraiment frappé, c’est que l’immeuble d’habitation en question aurait dû être condamné; les normes de construction étaient totalement inacceptables. Mais étant donné que les personnes qui y habitaient étaient atteintes de maladie mentale, on estimait que ce n’était pas si important... Donc, quand vous parlez de fondations, qu’est-ce que cela veut dire au juste? Construire les fondations, cela veut dire qu’on permet aux gens d’avoir un logement décent, d’avoir accès à de bons soins de santé lorsqu’on en a besoin, et si vous êtes adolescents, de n’avoir pas à attendre six mois pour voir un psychiatre ça, c’est criminel. Cela signifie aussi qu’on peut obtenir un emploi et démontrer qu’il est possible de vivre tout en étant atteint d’une maladie mentale, et d’être même l’un des radiodiffuseurs les plus respectés du pays, ou encore un élu politique qui a la capacité de défendre une cause; cela veut dire aussi qu’on s’assure de faire comprendre aux employeurs qu’ils ont l’obligation de prendre des mesures d’adaptation. Autrement dit, s’il faut apporter quelques petits changements au milieu de travail pour qu’il soit accueillant et que des personnes atteintes d’une maladie mentale s’y sentent bien, eh bien, vous avez la responsabilité de le faire.

**Le président :** Nous avons fait cela pour les personnes atteintes d’une incapacité physique.



**Mr. Robinson:** The same duty is there with respect to mental illness, and yet how many employers actually know that, and will take the steps to do a little bit to respond to those terms? Senator, you are right about the foundations, and the challenge for you as a committee is to make sure that our political leadership at all levels shows the will to make that a reality.

**Senator Cook:** Yesterday I shared with one of the witnesses that my daughter was anorexic. She developed it after her dad died, but never did I hear that any stigma attached to the problem that Jane had. The person looked at me and said, "No, because her illness was both mental and physical." When she became whole again, if you like, her physical appearance was normal, so I think part of our problem is that which we cannot see is what we fear. Somehow, we have to find a way to roll away that stone called "stigma." We are asking the question but we do not have the answers. Together, we have to find a way.

**Mr. Mair:** Senator, your daughter threatened no one. That is the important distinction. People would look at her, and whatever they thought of her illness, they did not feel threatened. With mentally ill people, they have in the back of their mind that bad things are going to happen very quickly; keep the children away. That is the big problem and the big distinction.

**Senator Cook:** Then they made an education process that starts in school, and that goes on infinitely, but we are faced with it. Those of us who feel and know the word "stigma" have to erase it. We have to find a way, and we are going to do it in this report.

**The Chairman:** May I thank all of you for coming.

Senators, we have two walk-on witnesses. I would ask them to each make a brief statement and then we will ask them a couple of questions.

**Mr. John Russell, Journalist, as an individual:** I would like to thank you for the opportunity. I am Chair of the B.C. Alliance for Accountable Mental Health and Addictions Services. This alliance is a collaboration of 13 leading mental health and addiction organizations in British Columbia. It includes such disparate groups as the B.C. Section of Psychiatry, the Vancouver Police Department, John Howard Society and the Canadian Mental Health Association. I will not read them all. We have a set of materials for you and they are all named.

**M. Robinson :** L'obligation est la même pour celles atteintes de maladie mentale, mais combien d'employeurs le savent, et combien prendront les mesures nécessaires pour respecter cette obligation? Sénateur, vous avez raison de parler des fondations, et pour le comité, le défi consiste à s'assurer que nos responsables politiques à tous les niveaux se montrent résolus à en garantir la réalisation.

**Le sénateur Cook :** Hier, je disais à l'un des témoins que ma fille avait été anorexique. Dans son cas, cela s'était produit après le décès de son père, mais jamais je n'ai jamais entendu parler d'un problème de stigmatisation de personnes souffrant de troubles d'alimentation comme Jane. La personne à qui je parlais m'a répondu : « Non, parce que sa maladie était à la fois mentale et physique. » Quand elle était guérie, son apparence physique était normale, alors je me dis que le problème réside en partie dans notre crainte de ce que nous ne voyons pas. Nous devons absolument trouver le moyen d'éliminer cette stigmatisation. Nous vous posons la question, mais nous n'avons pas les réponses. Ensemble, nous devons trouver le moyen de le faire.

**M. Mair :** Sénateur, votre fille ne constituait une menace pour personne. Voilà la distinction importante qu'il convient de faire. Les gens la regardaient, et quoi qu'ils aient pensé de sa maladie, ils ne se sentaient pas menacés. Par contre, quand les gens voient une personne atteinte d'une maladie mentale, ils se disent que quelque chose de grave risque de se produire très vite, qu'il faut éloigner les enfants. C'est ça le gros problème et c'est ça la différence entre les deux situations.

**Le sénateur Cook :** Ensuite ils ont instauré un programme de sensibilisation qui commence à l'école, et ce programme existera en permanence, mais c'est nous qui sommes directement confrontés à cette problématique. Ceux d'entre nous qui ressentent et comprennent les effets de cette stigmatisation qui se produit doivent faire l'impossible pour l'éliminer. Il faut trouver un moyen, et nous allons y arriver dans ce rapport.

**Le président :** Je désire remercier tous nos témoins pour leur présence.

Sénateurs, nous avons deux témoins impromptus. Je leur demande à chacun de faire un bref exposé, et ensuite nous aurons quelques questions à leur poser.

**M. John Russell, journaliste, à titre personnel :** Je voudrais tout d'abord vous remercier de l'occasion qui m'est donnée de vous adresser la parole. Je suis président de la B.C. Alliance for Accountable Mental Health and Addictions Services. Cette alliance regroupe les 13 principaux organismes de la Colombie-Britannique qui sont actifs dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie. Elle comprend des groupes aussi disparates que la section de psychiatrie de la Colombie-Britannique, le Service de police de Vancouver, la Société John Howard, et l'Association canadienne de la santé mentale. Je ne vais pas vous lire la liste de tous nos membres. Nous avons une trousse d'information à vous remettre et vous y retrouverez tous les noms.

This organization came together just over a year ago. Our goal is simple: we would like everybody in British Columbia who has a mental health or addictions problem to have the opportunity to access the services and supports that will give them the best possible opportunity for recovery.

I would like to focus on a couple of aspects of our brief, which I hope you will read. I think you have probably heard from a lot of mental health consumers, as we call them in the field, over the recent two days, and I think there is a feeling that these are anecdotal experiences. I would like to highlight that, while they are anecdotal, when research is done on consumer experience in the mental health and addictions field, we find some rather staggering statistics. I think you may be aware of them. They may be included in your interim report, but common to this phenomenon are long periods of time that people spend trying to find services that are effective for them. Many times it is many years, sometimes almost a decade, before people find services that work for them.

Recent surveys in British Columbia found that for 30 per cent of people with mental health problems, their first contact with services for mental illness were through the criminal justice system. I do not think that happens for any other condition. Of people who have accessed or had problems accessing services, 76 per cent reported that they had problems accessing services because the services were unacceptable to them. This is a very telling figure. The reason I bring this up is, one of the things we advocate, among others, is that we need much better mechanisms to include people who have experienced mental-health problems and addiction problems in the planning and direction of services. Their experience is terribly important, and I think we ignore it at our peril, because all the best clinical research in the world will fall short of its capability and its potential if we do not find ways to deliver services effectively that are acceptable to the people who need them. The group thinks it is absolutely paramount that we set up those kinds of structures where people who have had these experiences can be included in the planning and service direction, and can give us that wealth of experience they have.

One of the main things this organization has called for is a planning authority. We looked at the issues around mental health in British Columbia. We are disturbed that the situation is getting worse rather than better. We are disturbed by our inability to get information on what is actually happening in the mental-health field in this province. We thought, what do we do with this information? This committee has made many reports. However,

Notre organisme a été mis sur pied il y a un peu plus d'un an. Notre objectif est simple : nous souhaitons que les tous habitants de la Colombie-Britannique qui sont atteints de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie puissent accéder aux services et aux programmes d'appui qui vont leur assurer les meilleures chances de guérison.

Je voudrais mettre en relief quelques éléments de notre mémoire; j'espère que vous le lirez par la suite. Vous avez sans doute reçu les témoignages d'un grand nombre de consommateurs de services de santé mentale, comme nous les appelons dans notre domaine, depuis deux jours, et vous avez peut-être le sentiment qu'il s'agit d'informations anecdotiques. Je vous fais remarquer, toutefois, que même s'il s'agit d'informations anecdotiques, les recherches faites sur l'expérience des consommateurs de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie font état de statistiques assez étonnantes. Vous les connaissez peut-être déjà. Il en est peut-être déjà question dans votre rapport d'étape, mais l'élément qui ressort clairement et qui est courant dans ce secteur, c'est que les gens passent de longues périodes à essayer de trouver des services qui répondent à leurs besoins. Bien souvent, les gens cherchent pendant de nombreuses années, parfois même une dizaine d'années, avant de trouver des services qui correspondent à leurs besoins.

Des études récemment menées en Colombie-Britannique ont permis de constater que 30 p. 100 des citoyens souffrant de problèmes de santé mentale ont accédé pour la première fois à des services de santé mentale par l'entremise du système de justice pénale. Je ne crois pas que ce soit le cas pour quelque autre affection que ce soit. S'agissant des personnes qui ont eu accès à des services ou ont eu du mal à en obtenir, 76 p. 100 d'entre eux ont signalé que leurs difficultés d'accès aux services découlaient du fait que les services offerts n'étaient pas acceptables. C'est un chiffre très révélateur. Si j'en parle, c'est parce que l'une des choses sur lesquelles nous insistons dans notre organisme, c'est la nécessité d'établir de meilleurs mécanismes qui permettront de tenir compte des besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et ce au niveau de la planification et de l'orientation des services. Leur expérience est très importante, et c'est à nos risques et périls que nous n'en tenons pas compte, parce que les meilleures études cliniques du monde ne donneront pas les résultats qu'elles pourraient donner si nous ne trouvons pas le moyen d'assurer des services que ceux qui en ont besoin jugent acceptables de manière efficace. Notre groupe estime qu'il est tout à fait critique d'établir des structures permettant de faire participer les personnes ayant connu de tels problèmes à la planification et à l'orientation des services, afin que nous profitons de la richesse de leurs expériences.

Notre organisme revendique, entre autres, la création d'un service de planification en bonne et due forme. Nous avons étudié les problèmes entourant les services de santé mentale en Colombie-Britannique. Nous craignons que la situation ne s'aggrave, au lieu de s'améliorer. Nous trouvons tout aussi inquiétant de ne pouvoir obtenir quelque renseignement que ce soit sur ce qui se passe actuellement dans la province dans le



the situation in some ways gets better, but in some ways we see more people in poverty, more people who are homeless, and more problems accessing the services that we need.

We looked at the literature and those jurisdictions that seem to have more success than others with addressing mental health and addictions problems. What we came up with is that those jurisdictions seem to have strong planning mechanisms. There is a strong central mechanism of some kind. It might be a commission or a department of government. No particular model comes to the fore, but what does come to the fore is that there is an authority with responsibility for planning, implementation of plans, staff training, outcomes and evaluating outcomes. Also, it is seen as a multi-year cycle that we are not going to solve these problems in five years. We are probably not going to solve them in 20 years, but if we are going to make steady progress towards solutions, we must have plans, we must make sure the plans are implemented, we have to evaluate, we have to learn from the evaluation and we have to adjust our plans, and we must include the people who use our services in that planning and evaluation. Otherwise, we miss an extremely valuable perspective.

You were talking to the previous presenter about stigma. It is a word I am quite interested in. We call it "stigma." That makes it a characteristic of the illness, and I think we all scratch our heads and say what on earth do we do with this? In some ways it is as mystifying to some of us as mental illnesses. I say, call it what it is and the solutions will become a little more apparent. Call it discrimination. It is discrimination. I think one of the senators or panelists said, it goes all through our society, and unfortunately it goes through our institutions. I think to some extent it goes through our health care and social service systems. We have to identify it as such and we have to address it. I will stop there. I know your time is limited.

**The Chairman:** On that point, I think it was in our issues and options paper that we described the word "stigma" as a politically correct way of saying "discrimination." We may have some questions for you in a couple of minutes. Let us go first to Dr. Robert Miller, who is the chief of psychiatry at the Vancouver Island Health Authority, right?

domaine de la santé mentale. On s'est dit : que pouvons-nous faire avec cette information? Le comité a préparé de nombreux rapports. À certains égards, la situation s'améliore, mais en même temps, nous constatons qu'il y a davantage de pauvres, davantage de sans-abri, et qu'il devient plus difficile d'accéder aux services qui sont requis.

Nous avons examiné les études et les mesures prises par d'autres administrations qui semblent avoir connu plus de succès pour ce qui est de traiter les problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Ce que nous avons compris, c'est que ces administrations possèdent de bons mécanismes de planification. Elles bénéficient d'une bonne structure centrale d'un type ou d'un autre. Il peut s'agir d'une commission ou d'un ministère. On ne relève aucun modèle en particulier, mais ce qui ressort très clairement de nos recherches, c'est qu'il existe un service en bonne et due forme qui est chargé de faire la planification, d'exécuter les plans, de former le personnel, d'obtenir des résultats et de les évaluer par la suite. De plus, le travail se fait en fonction d'un cycle pluriannuel, étant donné qu'on reconnaît qu'il n'est pas possible de régler tous les cinq ans. Nous n'allons sans doute même pas réussir à les régler en 20 ans, mais si nous souhaitons progresser et trouver de vraies solutions, il nous faut élaborer des plans, nous assurer que les plans sont mis en oeuvre, faire des évaluations, tirer les leçons de ces évaluations et rajuster nos plans en conséquence, et faire participer à la planification et à l'évaluation les personnes qui ont recours à nos services. Sinon, nous perdons l'occasion de profiter des opinions fort utiles des consommateurs.

Avec les derniers témoins, vous avez parlé de cette question de stigmatisation. C'est un terme qui m'intéresse. Nous désignons ce phénomène en parlant de « stigmatisation ». Ainsi il s'agirait d'une caractéristique de la maladie elle-même, et je pense que face à ce phénomène, nous nous interrogeons tous en nous demandant ce qu'on peut faire pour l'éliminer? À certains égards, c'est aussi mystérieux que les maladies mentales, pour certains d'entre nous. Pour ma part, je pense qu'il faut appeler les choses par leur nom, car à ce moment-là, on trouve plus facilement des solutions. N'ayons pas peur de parler de discrimination tout simplement, car c'est de la discrimination. Je pense que l'un des sénateurs ou des témoins l'a même dit : elle est présente à tous les niveaux de la société, et malheureusement, dans toutes nos institutions. Jusqu'à un certain point, je dirais même que ce phénomène est présent dans nos systèmes de soins de santé et de services sociaux. Il faut donc l'appeler par son nom et nous y attaquer directement. Je vais m'arrêter là. Je sais que votre temps est limité.

**Le président :** Par rapport à ce que vous venez de dire, je crois que c'est dans notre rapport intitulé « Problèmes et questions pour le Canada » que nous avons déclaré que le terme « stigmatisation » est une façon politiquement correcte de dire « discrimination ». Nous aurons peut-être des questions à vous poser dans quelques minutes. Je vais d'abord donner la parole au Dr Robert Miller, chef de psychiatrie à la Régie de la santé de l'île de Vancouver c'est bien ça?

**Dr. Robert Miller, Chief of Psychiatry, Medical Program Director, Vancouver Island Health Authority:** It is Vancouver Island Health Authority in the south island, which essentially means Victoria, yes.

**The Chairman:** Oh, that is right. When we were doing our previous study, there were actually two regional health authorities on Vancouver Island; there was the Victoria one and then the up-island one, and now it is a single one, right?

**Dr. Miller:** Yes; there were actually three, but there is now one, and we are now going through reorganization, so I have to apply for my own job to see if I can remain the chief of psychiatry for the whole island.

Thank you very much for giving me the opportunity to address the committee. I have a presentation of about five minutes. I was already stimulated listening to the conversation on stigma, because that is something I will say a few comments about. We found that when one goes out to the public to try and raise money, there is a lot of support for mental illness and for funding projects directed towards mental illness. I will tell you a little bit about that in a minute.

I speak as a psychiatrist to direct the medical aspects of the mental health program in Victoria, and I also provide care to people who are subject to Criminal Code orders, because I work for the present Forensic Psychiatric Services Commission in B.C. here too. Additionally, I provide occupational psychiatric assessment, because I was at one time the Chief of Psychiatry in the Canadian Armed Forces. We did a lot of occupational psychiatry there.

I am reading the reports you have done. The providers that I have worked with would all agree that their work should be patient-focused, and many would accept that this patient focus should be predominantly community-based. This fact might be surprising to you, but in Victoria, anyone in psychiatry would say that. However, they would say that the payment system for psychiatrists, on the other hand, favours piecework — fee-for-service work — which is much more comfortably done if you work in the hospital. If the patients are in the community and do not show up, then they tend to be distanced from the system. Yet the sessional funding that supports psychiatrists in providing indirect care, which is what I think psychiatrists should provide to patients, has been used less because it is much less attractive, and it has been cut substantially here in B.C. in the last two years.

I particularly support your suggestions for personalized care plans, and for funding that should follow patients with more complex needs. We have had integration here in B.C., as you probably know, of mental health and addiction services, so pretty

**Le docteur Robert Miller, chef du service de psychiatrie, directeur des programmes médicaux, Vancouver Island Health Authority :** C'est la Régie de santé de l'île de Vancouver qui est responsable du sud de l'île c'est-à-dire Victoria, essentiellement.

**Le président :** Oui, d'accord. Quand nous avons fait notre étude précédente, il y avait à l'époque deux régies régionales de santé sur l'île de Vancouver; celle couvrant la région de Victoria, et l'autre pour la partie supérieure de l'île, alors qu'il n'y en a plus qu'une. C'est bien ça?

**Dr Miller :** Oui, c'est-à-dire qu'il y en avait trois autrefois, alors qu'il n'y en a plus qu'une; comme nous sommes en pleine réorganisation, je devrais reposter ma candidature au poste que j'occupe actuellement pour voir si je vais pouvoir rester chef de psychiatrie pour l'ensemble de l'île.

Merci infiniment de l'occasion qui m'est donnée cet après-midi d'adresser la parole aux membres du comité. Mon exposé va durer environ cinq minutes. Déjà j'ai trouvé très stimulant d'écouter votre discussion sur la stigmatisation, car j'aurais quelques commentaires à faire à ce sujet tout à l'heure. Nous constatons que, quand nous nous adressons au public pour réunir des fonds, les citoyens sont généralement tout à fait prêts à soutenir les services destinés aux personnes atteintes de maladie mentale et à financer des projets dans ce domaine. J'y reviendrai dans quelques minutes.

Je vous parle aujourd'hui à titre de psychiatre chargé des aspects médicaux du programme de santé mentale de Victoria, et je soigne également des personnes visées par un mandat en vertu du Code criminel, étant donné que je travaille aussi pour la Commission des services de psychiatrie judiciaire ici en Colombie-Britannique. De plus, je prépare des évaluations psychiatriques liées au travail, car j'ai été à une époque chef de psychiatrie au sein des Forces armées canadiennes. Bon nombre de nos activités étaient liées à la psychiatrie du travail.

J'ai lu les rapports que vous avez préparés. Les fournisseurs avec lesquels je travaille seraient tous d'accord pour reconnaître que leur travail doit être axé sur les patients, et bon nombre d'entre eux accepteraient également l'idée que les services soient assurés aux patients sur une base surtout communautaire. Cela va peut-être vous surprendre, mais tous ceux qui travaillent dans le domaine de la psychiatrie à Victoria vous diraient la même chose. Par contre, ils vous diraient également que le système de rémunération des psychiatres favorise plutôt le paiement à l'acte, et que ce travail est plus facile à accomplir dans le contexte hospitalier. Si les patients vivent dans la collectivité et décident de ne pas se présenter, ils se trouvent alors distancés du système. Mais le financement actuellement prévu en vue de permettre aux psychiatres d'assurer des soins indirects et à mon avis, c'est ce genre de services que les psychiatres devraient assurer aux patients est moins utilisé, étant moins intéressant, et par conséquent, les crédits ont été substantiellement réduits en Colombie-Britannique au cours des deux dernières années.

Je suis particulièrement favorable à vos propositions concernant l'établissement de plans de soins personnalisés, et de l'octroi de crédits qui suivraient les patients ayant des besoins plus complexes. Comme vous le savez sans doute, les services de santé



much everything now in mental health and addiction falls under the regional health authority. That gives us an opportunity, which we are just starting to grapple with, to adopt a uniform approach where patients can be managed for the length of their illness. What I always see is patients managed for the length of their hospitalization or the length of time that they are in a residential care home. One has to remember these are life-long illnesses and the care plan needs to start from when the person develops the illness until they essentially die.

We have not managed yet to translate these reforms into benefits to the patients, and we recognize in the health authority that we need to do that. One approach I would commend to the committee is, as I was reading in volume 2 of your reports, the requirement in the UK that all people who are case-managed should be mandated to have a care plan, with the measurement of need such as the Campbell assessment of needs.

The integration of mental health and addiction services has been a benefit to people with concurrent disorder, but this reduces access. Access is limited, and it reduces access, such as it was, to secondary services for patients with less complex needs. Therefore, we need to rely increasingly upon the primary care physician to provide for the needs of the vast majority of patients with less complex mental disorders, and also for those who are addicted, but not yet severely mentally ill. Yet, so much is written about mental disorder being the greatest cause of working days lost.

Acute disability accounted for about 40 per cent of the economic burden, and yet most of these people never get to see a psychiatrist or mental health professionals. Most of them are looked after by primary care providers. With the work I do in occupational health, I see that insurance companies have to order independent medical assessments to get people a psychiatric assessment. General practitioners are asked to provide more and more for working people with mental disorder, and yet there is a shortage of primary care physicians. I think there needs to be fundamental reform of primary care, bringing a multi-disciplinary format into primary care.

One of the differences I notice here compared to where I came from in England is that the primary care physician here works almost entirely in isolation, whereas in primary care, it is much more efficient if the general practitioner can work alongside a

mentale et de toxicomanie ont été fusionnés ici en Colombie-Britannique, si bien que presque tout ce qui relève de la catégorie des services de santé mentale et de toxicomanie est à présent du ressort de la Régie régionale de santé. Cela nous donne donc la possibilité que nous commençons à peine à explorer d'adopter une approche uniforme en vertu de laquelle les patients peuvent être suivis pour toute la durée de leur maladie. Ce que je vois le plus souvent, c'est qu'on soigne les patients tant qu'ils sont à l'hôpital ou dans un établissement de soins spéciaux pour bénéficiaires internes. Mais il faut se rappeler que ce sont des maladies qui durent toute la vie et, par conséquent, le plan de soins ou d'intervention doit englober toute la vie du patient, depuis le moment où la maladie se déclare jusqu'à sa mort.

Nous n'avons pas encore réussi à traduire ces réformes en avantages pour les patients, et à la Régie de santé, nous sommes conscients de la nécessité de le faire. L'une des approches que je recommanderais au comité et je lisais ce que vous dites à ce sujet au volume 2 de votre série de rapports consisterait à exiger, comme c'est le cas au Royaume-Uni, que tous ceux visés par la gestion des cas soient tenus d'avoir un plan de soins ou d'intervention basé sur une évaluation des besoins, comme le modèle Campbell d'évaluation des besoins.

La fusion des services de santé mentale et de toxicomanie a été avantageuse pour les personnes atteintes de troubles concurrents, mais elle a pour résultat de réduire l'accès. L'accès est limité, et ce regroupement des services a donc pour conséquence de forcer les patients ayant des besoins moins complexes de se contenter de services secondaires. Par conséquent, nous nous attendons de plus en plus à ce que les médecins de premier recours répondent aux besoins de la grande majorité des patients atteints de troubles mentaux moins complexes et de personnes souffrant de toxicomanie mais non encore atteintes d'une maladie mentale grave. Pourtant, il y a tellement d'études qui indiquent clairement que les journées de travail perdues sont attribuables en premier lieu aux troubles mentaux.

Des incapacités graves représentent environ 40 p. 100 du fardeau économique, mais malgré cette réalité, la plupart des personnes concernées n'ont jamais l'occasion de consulter un psychiatre ou un professionnel se spécialisant dans les services de santé mentale. La plupart d'entre elles sont soignées par des spécialistes en soins primaires. Comme je m'occupe aussi de santé au travail, je constate que les compagnies d'assurance sont obligées de commander une évaluation médicale indépendante pour faire faire une évaluation psychiatrique. On s'attend de plus en plus à ce que les omnipraticiens soignent les travailleurs souffrant de troubles mentaux, alors que nous avons une pénurie de médecins de premier recours. À mon avis, il faut procéder à une réforme fondamentale du système de soins primaires, et ce afin de créer des équipes multidisciplinaires dans le secteur des soins primaires.

L'une des différences que j'ai remarquées par rapport à l'Angleterre, mon pays d'origine, est que les médecins de premier recours travaillent ici presque entièrement en vase clos, alors que dans le secteur des soins primaires, le travail se fait de

community psychiatric nurse, a social worker and perhaps a psychologist, working at the primary care level.

Yes, we do shared-care initiatives in Victoria, and yes, we are going out to educate general practitioners. I think, honestly, it is a bit of a myth that the general practitioners, especially the younger general practitioners, are not trained or not capable. I think they are capable of treating people with less serious mental illness, but what they lack is the support structure around them. The take-home point here is that primary care reform is fundamental to the establishment of an adequate mental health system. I think it is like the foundation that somebody else was talking about a little bit earlier.

The resources are not good. Some days I feel as though I am trying to make a bed with a bed sheet that is about half the size of the bed, and no matter which way I move it, someone complains that they are getting cold. Unfortunately, there have been many who have been completely shoved out of the bed who are on the floor in the criminal justice system. When you talk about the criminal justice system in your report you focus primarily on the federal penitentiary, which is, I understand, because the federal government has responsibility for federal penitentiaries. However, I would also ask you to look closely at provincial correctional facilities, because provincial correctional facilities, which are up to two years in jail, but also importantly, remand facilities, have the highest prevalence of people with mental disorder. Remand facilities have a higher prevalence of mental disorder than sentenced inmates, and yet in provincial correctional facilities there is the most primitive of mental health treatment. I regard it as something that is somewhat worse than the third world. It is swept under the rug as it is in the provincial correctional facility and people do not know that it is happening, but I can tell you stories that would make your hair curl.

I would ask the committee to recommend that, similar to the United Kingdom, Canada take a position that those in need of hospital care should be treated in hospital and not in prison. Further, when in correctional facilities where people are treated, not everybody needs to be in the hospital. Outpatient mental health care too can be given in prison, but that treatment should be equitable and to the same standard as is available in the local community.

façon beaucoup plus efficace si l'omnipraticien peut travailler de concert avec une infirmière psychiatrique communautaire, un travailleur social et peut-être un psychologue, tous assurant des soins primaires.

Oui, nous participons à des initiatives de soins partagés à Victoria, et oui, nous avons l'intention de former nos omnipraticiens. Mais à mon humble avis, c'est un mythe de croire que les omnipraticiens, surtout les jeunes omnipraticiens, ne sont pas bien formés ou ne sont pas capables d'assurer ces services. À mon avis, ils sont capables de soigner des personnes atteintes de maladie mentale moins grave, mais ce qui leur manque, c'est une bonne structure de soutien. Ce sur quoi j'insiste dans ce contexte est la nécessité de procéder à une réforme fondamentale des soins primaires pour être à même de créer un bon système de services de santé mentale. Pour moi, ce sont les fondations dont parlait quelqu'un un peu plus tôt.

Les ressources sont insuffisantes. Des fois j'ai l'impression d'essayer de faire un lit avec un drap qui est la moitié moins grand que le lit, et j'ai beau le tourner dans tous les sens, quelqu'un me dit sans arrêt qu'il a froid. Malheureusement, il y en a beaucoup qui ont été complètement expulsés du lit, et qui se trouvent maintenant par terre, ayant été pris en charge par le système de justice pénale. Dans la section de votre rapport qui touche le système de justice pénale, vous parlez surtout des pénitenciers fédéraux et, si j'ai bien compris, c'est parce que le gouvernement fédéral est responsable des pénitenciers fédéraux. Mais je vous invite également à regarder de près la situation dans les établissements correctionnels provinciaux parce que c'est dans les établissements correctionnels provinciaux, qui abritent les détenus condamnés à une peine d'emprisonnement d'un maximum de deux ans, et surtout dans les établissements de détention provisoire qu'il y a le plus grand nombre de personnes souffrant de troubles mentaux. Le nombre de détenus atteints de troubles mentaux dans les établissements de détention provisoire est plus élevé que parmi les détenus condamnés à l'emprisonnement, mais malgré tout, c'est dans les établissements correctionnels provinciaux que les services et soins de santé mentale sont les plus primitifs. Pour moi, la qualité des soins dans ces établissements est pire que ce qu'on trouve dans les pays du Tiers monde. Dans les établissements correctionnels provinciaux, on a tout simplement tiré le rideau sur le problème et les gens ne savent même pas ce qui se passe, alors que je pourrais vous raconter des histoires qui vous feraient dresser les cheveux sur la tête.

Je demande donc au comité de recommander que le gouvernement fédéral prévoie, comme c'est le cas au Royaume-Uni, que les personnes ayant besoin d'être soignées à l'hôpital soient hospitalisées, au lieu d'être soignées en prison. De plus, dans les établissements correctionnels où des soins sont assurés, il n'est pas nécessaire d'hospitaliser tout le monde. Il est tout à fait possible d'assurer des services de santé mentale en consultation externe en milieu carcéral, mais les soins et les traitements qu'on y dispense devraient être de la même qualité que ceux disponibles dans la collectivité locale.



If one goes to the United Nations resolutions on the treatment of prisoners, and I had some interest in this because I am well schooled in the Geneva Convention and things like that too, coming from the armed forces, there is a United Nations resolution that Canada has adopted saying, "Yes, we agree that we will provide our prisoners with the same standard of care that is available in the local community." However, believe me, it does not happen, and the federal government does nothing to make sure that it lives up to the obligations it has undertaken.

The federal government needs to give increased leadership to mental health care, and I support the approach of establishing standards by facilitating a national framework on mental health policy that addresses best-practice and resource allocation. I recommend that the provinces be encouraged to work with the federal government by having a monetary incentive. That might be where you would need a separate stream of funding, transfer payments to the provinces, that is connected with mental health. I appreciate there are down sides to that. I was having a conversation with somebody about that yesterday, and they said, "Well, it is not like the Department of Indian and Northern Affairs. It really depends upon the size of the pot, and the pot has to be big enough." So I am heartened by the interim report of the committee and I am pleased to share with you these few ideas.

The point I was going to make about stigma is that in Victoria we have had, in the same way as you were talking about earlier, 10-hour waits for people in the emergency room. These emergency rooms were built with no facilities for people who are mentally ill. Yet, with the leadership of the community and most notably the Courtnall brothers, if any of you are hockey fans, they led a community campaign, including telephones and golf tournaments, and within a year, we raised \$2 million to build a brand new psychiatric emergency room, which is incredible. I was working in it last night, which is why I am a little hung over, but if you build it, they will come. That was the unfortunate part about it too; there is incredible need out there. There are my few points.

**The Chairman:** John, you made the observation about having looked at a lot of other places, which have led you to talk about the need for a plan. I assumed, Dr. Miller, because you are with the regional health authority, you looked at the way services are provided elsewhere across the country. Are there one or two shining lights of what you would call best practices in terms of places that we could look at in detail that would be the model you would create if you could plunk it down into B.C., Vancouver or whatever?

S'agissant des résolutions adoptées par l'ONU sur le traitement des prisonniers et c'est une question qui m'intéresse, étant donné que je connais bien la Convention de Genève et des instruments de ce genre, ayant travaillé dans les Forces armées il existe une résolution des Nations Unies que le Canada a ratifiée qui prévoit que les détenus reçoivent des soins de la même qualité que ceux qui sont assurés dans la collectivité locale. Or je peux vous garantir que ce n'est pas du tout le cas, alors que le gouvernement fédéral ne fait absolument rien pour s'assurer de respecter les obligations qu'il a contractées.

J'estime que le gouvernement fédéral doit faire davantage preuve de leadership sur la question de la santé mentale et je suis donc favorable à une approche consistant à élaborer des normes dans ce domaine en facilitant l'établissement d'un cadre national qui serait le fondement d'une politique sur la santé mentale prévoyant le recours aux pratiques exemplaires et l'affectation de ressources adéquates. Je recommande donc qu'on encourage les provinces à collaborer avec le gouvernement fédéral et ce, en leur donnant une incitation financière. C'est là qu'il faudrait peut-être prévoir une voie de financement distincte ou des transferts aux provinces pour des services de santé mentale. Je me rends bien compte que cette approche a aussi ses inconvénients. J'en discutais hier avec quelqu'un qui m'a dit : « Ce n'est pas comme le ministère des Affaires indiennes et du Nord. Tout dépend du budget disponible, et il faut que le budget soit suffisamment important. » Je suis donc encouragé par ce que j'ai lu dans le rapport d'étape du comité et je suis très heureux de pouvoir partager mes idées avec vous.

Ce que je voulais vous dire à propos de la stigmatisation, c'est qu'à Victoria, comme il en était question tout à l'heure, les gens qui se présentent à l'urgence doivent attendre 10 heures pour être soignés. Les services d'urgence n'ont pas été conçus en tenant compte des besoins des personnes atteintes de maladie mentale. Malgré tout, grâce au leadership des gens de la collectivité, et notamment les frères Courtnall si vous êtes amateurs de hockey, vous devez savoir qu'ils ont lancé une campagne communautaire, y compris la fourniture de téléphones et l'organisation de tournois de golf, qui a permis, en un an, de réunir 2 millions de dollars pour construire une nouvelle salle d'urgence psychiatrique, qui est tout à fait fantastique. J'y travaillais hier soir, et c'est pour cela que je ne suis pas en pleine forme ce matin, mais je peux vous garantir que si vous créez les installations, ils viendront se faire soigner. C'est ça qui est malheureux, il y a des besoins très importants. Voilà donc ce que je voulais vous dire.

**Le président :** John, vous nous disiez tout à l'heure que vous avez examiné la situation dans beaucoup d'autres pays, et c'est ça qui vous a conduit à nous parler de la nécessité d'un plan. Docteur Miller, puisque vous travaillez pour la Régie régionale de santé, j'imagine que vous avez dû examiner la façon dont les services sont assurés dans d'autres régions du pays. Y a-t-il à votre avis des exemples à suivre ou des pratiques exemplaires qu'il conviendrait de reprendre ou qui correspondraient au modèle que vous aimeriez utiliser en Colombie-Britannique, à Vancouver ou ailleurs, si vous en aviez la possibilité?

**Mr. Russell:** I do not know if there are shining lights. We relied on a fairly quick look at the literature, and the jurisdictions that came out were Australia, which has been commended by an independent external panel for what they have done.

**The Chairman:** Yes, and we have quoted extensively from the Australian example.

**Mr. Russell:** New Zealand and the United Kingdom. We did not look at the Scandinavian countries.

**The Chairman:** Did you look anywhere in Canada?

**Mr. Russell:** No. I think we left Canada out. We looked at Alberta. We looked at the question of do we need a commission? The result was that a commission is not necessarily the answer, but some sort of planning authority is. As I said, that might be your ministry of health, but there is a focused plan. We currently feel in British Columbia that we do not have a B.C.-wide plan for mental-health services. We had one a few years ago, but it seems to have run its course. We go through these iterations, and there is no strong commitment to say we will do something about this problem. It will take us 20 years, and even then it will not be solved, but we will go at this in five-year blocks, set some objectives and make sure we meet them, and when we get to the end of the first five years, we will do that again. That is how we build bridges and do all other kinds of important enterprises. That seems to be the kind of approach we have to take to this, because I was tremendously impressed with your interim report; I thought it was a marvelous document. It would be nice if you wrote a popular version of it and made it compulsory reading.

**The Chairman:** We will see what happens with the final version. Dr. Miller, you are shaking your head.

**Dr. Miller:** I was nodding; I was going to agree. I think the quality of the writing and the readability of your report compared to a lot of other reports I have read was quite remarkable.

**The Chairman:** Thank you. We spent a lot of time at it.

**Mr. Russell:** My reaction to that report, while it is a wonderful report, is there have been so many of these reports. I joked one day at one of our meetings that I would like to come in here with a wheelbarrow full of reports. We know what to do. I say the tragedy in mental health is not mental illness. The tragedy is we do not do what we know works. That is the tragedy.

**M. Russell :** Je ne sais pas s'il y a vraiment des exemples à suivre nécessairement. Nous avons examiné assez rapidement les études, et il en est ressorti que l'Australie, qui a un bon système, a d'ailleurs été félicitée par un comité d'étude externe et indépendant pour les mesures qu'elle a prises dans ce domaine.

**Le président :** Oui, et nous avons parlé longuement de l'exemple de l'Australie.

**M. Russell :** Il y a aussi la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Mais nous n'avons pas examiné la situation dans les pays scandinaves.

**Le président :** Avez-vous examiné les systèmes dans d'autres régions du Canada?

**M. Russell :** Non. Nous avons mis de côté le Canada. Nous avons examiné la situation en Alberta. Nous nous sommes aussi demandé s'il faut une commission. Nous avons déterminé que la création d'une commission n'était pas forcément la solution, mais qu'il faut un service de planification en bonne et due forme. Comme je vous l'expliquais tout à l'heure, il pourrait s'agir du ministère de la Santé, mais il faut absolument un plan axé sur des objectifs bien précis. À l'heure actuelle, nous sommes d'avis qu'il n'existe pas en Colombie-Britannique pour le moment un plan pour la prestation des services de santé mentale dans l'ensemble de la province. Nous en avons un il y a quelques années, mais il semble être arrivé à terme. Nous élaborons une succession de plans, mais sans jamais prendre un engagement ferme vis-à-vis d'une série de mesures qui vont nous permettre de régler le problème. Nous ne nous disons pas : cela va nous prendre 20 ans, et même là le programme ne sera pas tout à fait réglé, mais nous allons nous y attaquer par blocs de cinq ans, en nous fixant des objectifs et en nous assurant de les atteindre, et quand nous serons à la fin de la première période de cinq ans, nous allons recommencer. C'est de cette façon qu'on établit des passerelles et qu'on peut entreprendre toutes sortes d'autres projets importants. Cela semble être l'approche à privilégier dans ce domaine, et je dois dire à ce sujet que j'ai été très impressionné par votre rapport d'étape; c'était un document fantastique, à mon avis. Il serait bon que vous en prépariez une version vulgarisée que tout le monde serait tenu de lire.

**Le président :** Nous allons voir ce que donnera le rapport final. Docteur Miller, vous dites oui de la tête?

**Dr Miller :** Oui, j'allais dire que je suis d'accord. À mon avis, votre rapport est beaucoup mieux écrit et plus facile à lire que bon nombre d'autres rapports que j'ai eu à lire.

**Le président :** Merci. Nous y avons consacré beaucoup de temps.

**M. Russell :** Bien que votre rapport soit fantastique, je me dis aussi qu'il y a tant de rapports de ce genre. À une réunion récente, j'ai dit pour rire que j'aimerais arriver un jour avec une brouette remplie de rapports. Nous savons déjà quoi faire. À mon avis, la véritable tragédie dans le domaine de la santé mentale n'est pas le fait qu'il y ait des maladies mentales. La véritable tragédie, c'est que nous ne prenons pas les mesures qu'il faut prendre et dont l'efficacité est déjà connue. C'est ça la véritable tragédie.



**The Chairman:** On that point, we fully recognize that putting it in a report is not the answer, but, A, it is the first national look, as opposed to just a provincial look; and B, we recognize we will have to recommend some kind of a mechanism to keep the issue alive, since it has become a focal point — however you want to describe it. We will obviously do our best to get it created, and it will be up to a lot of the interest groups to lean on their respective governments to ensure that it gets created. One thing that I think we all sense on the committee is that there is a significant degree of interest among enough interest groups in the field that I think they may put significant pressure on governments to adopt a number of recommendations, including what in many respects may well be one of the most important, which is finding a mechanism to keep the issue alive. A number of us discussed that over dinner last night. It is clearly a critical piece; otherwise it will die.

**Dr. Miller:** Denial in the community has been talked about a lot. People do not want to accept they have mental illness, but in our experience, especially in the fund-raising for the Courtnall Centre, the denial is really skin deep. When you do a telethon and you have people such as the Courtnalls talking about their own story, with everyone calling in, pressure comes from the community to improve mental-health services. We know that 25 per cent of the population, at some time in their life, has had some sort of problems with mental illness, but that touches almost every family in this country. It was said, "Oh, no, you cannot go out and raise money." Hospital foundations would say that mental health would not be popular in terms of raising money for projects. I think the reverse is true. I think there is a tremendous swell out there amongst the population that want to come forward and come together, and what they need is leadership.

**The Chairman:** We are trying to tap into that to keep the issue alive, absolutely.

**Mr. Russell:** I have sensed also, recently, that the public attitude seems to be changing. I think their understanding is becoming more sophisticated, and I think they are looking for solutions. They have gotten past the simplistic solutions. I think they are looking for action on this issue.

**The Chairman:** May I thank both of you for coming; we appreciate it. Thank you for leaving us the documents.

**Le président :** À ce sujet, je précise que nous savons très bien que le fait de faire un rapport n'est pas la solution mais, d'abord, c'est la première étude nationale à être faite, par opposition à une étude purement provinciale; et deuxièmement, nous savons qu'il nous faudra recommander un mécanisme quelconque pour qu'on continue à s'intéresser à cette problématique qui occupe à présent une place centrale, on pourrait dire, dans le débat. Nous ferons évidemment l'impossible pour faire créer un tel mécanisme, mais il appartiendra évidemment aux différents groupes d'intérêt de faire pression sur leurs gouvernements respectifs pour qu'ils prennent les mesures qui s'imposent. Je pense que tous les membres du comité ont l'impression que les différents groupes qui travaillent dans ce domaine s'intéressent suffisamment à la question pour exercer de fortes pressions sur leurs gouvernements afin que ces derniers donnent suite aux recommandations, y compris ce qui pourrait à bien des égards être considéré comme la recommandation la plus importante, c'est-à-dire d'établir un mécanisme qui permettra de continuer d'examiner cette problématique. Plusieurs d'entre nous en avons discuté hier soir pendant le dîner. C'est quelque chose de tout à fait critique; sinon on cessera d'en parler à un moment donné.

**Dr Miller :** Dans le milieu, on parle beaucoup du problème de la dénégation. Les gens ne veulent pas accepter l'idée d'être atteint d'une maladie mentale, mais si nous nous fondons sur notre propre expérience, notamment dans le contexte des efforts de collecte de fonds pour la construction du Centre Courtnall, il semble clair que cette attitude de dénégation est plutôt superficielle. Dès lors qu'on organise un téléthon et que des gens comme les frères Courtnall commencent à raconter leurs propres histoires, tout le monde commence à téléphoner, et des pressions sont de plus en plus exercées par la collectivité pour améliorer les services de santé mentale. Nous savons pertinemment que 25 p. 100 de la population ont connu des troubles mentaux à une certaine époque de leur vie, mais nous savons aussi que les maladies mentales affectent presque toutes les familles au Canada. On nous avait dit : « Non, vous ne réussirez pas à réunir des fonds. » Les responsables des fondations des hôpitaux du coin nous disaient que les gens seraient plus réticents à faire des dons d'argent pour financer des projets dans le domaine de la santé mentale. Mais à mon avis, c'est tout à fait le contraire. À mon avis, un mouvement se crée à l'heure actuelle au sein de la population et les gens sont très désireux de parler de leur situation et de travailler avec d'autres pour améliorer la situation, et ce qu'il leur faut, c'est une manifestation de leadership dans ce domaine.

**Le président :** Nous allons certainement essayer de profiter de ce mouvement pour faire poursuivre le débat sur la question.

**M. Russell :** Récemment, j'ai aussi eu l'impression que l'attitude du public semble évoluer. Je crois que les citoyens comprennent de mieux en mieux cette problématique, et cherchent des solutions. Ils ne se contentent plus de solutions simplistes. Ils veulent que des mesures concrètes soient prises.

**Le président :** Je voudrais vous remercier tous les deux de votre présence aujourd'hui et de votre contribution. Merci de bien vouloir nous laisser vos documents.





esday, June 7, 2005 (afternoon meeting)

*Schizophrenia Digest:*

William MacPhee, Founder and Publisher.

*Individuals:*

Rafe Mair, Journalist;

Svend Robinson, Former Member of Parliament.

*walk-ons:*

*BC Alliance for Accountable Mental health and Addictions Services:*

John Russell, Chair.

*Vancouver Island Health Authority:*

Dr. Robert Miller, Chief of Psychiatry, Medical Program Director.

Le mardi 7 juin 2005(séance de l'après-midi)

*Schizophrenia Digest :*

William MacPhee, fondateur et éditeur.

*À titre personnel :*

Rafe Mair, journaliste ;

Svend Robinson, ancien député.

*Tribune ouverte :*

*BC Alliance for Accountable Mental health and Addictions Services :*

John Russell, président.

*Vancouver Island Health Authority :*

Dr Robert Miller, chef du service de psychiatrie, directeur des programmes médicaux.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### WITNESSES

**Tuesday, June 7, 2005 (morning meeting)**

*Mood Disorders Association of British Columbia:*

Rennie Hoffman, Board Member, Treasurer.

*Families for Early Autism Treatment:*

Dr. Sabrina Freeman, Executive Director.

*Providence Health Care:*

Dr. Kristin Sivertz, Physician Director, Mental Health Program  
and Head of the Department of Psychiatry;

Dr. Alan Burgman, Clinical Assistant Professor, Psychiatry,  
University of Columbia.

*Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of British Columbia:*

Ian Ross, Executive Director.

*Office of the Correctional Investigator Canada:*

Howard Sapers, Correctional Investigator of Canada;

Nathalie Neault, Director of Investigations.

#### TÉMOINS

**Le mardi 7 juin 2005(séance du matin)**

*Mood Disorders Association of British Columbia :*

Rennie Hoffman, membre de la Commission, trésorier.

*Family for Early Autism Treatment :*

Mme Sabrina Freeman, directrice administrative.

*Providence Health Care :*

La docteure Kristin Sivertz, médecin directeur du programme de  
santé mentale et chef du département de psychiatrie ;

Le docteur Alan Burgmann, professeur adjoint d'enseignement  
clinique, Psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique.

*Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of British Columbia :*

Ian Ross, directeur administratif.

*Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada :*

Howard Sapers, enquêteur correctionnel du Canada ;

Nathalie Neault, directrice des enquêtes.

*(Continued on previous page)*

*(Suite à la page précédente)*

